¿Qué es la locura?

Darian Leader

ensayosexcepticos

¿Qué es la locura?

Darian Leader

sextopiso

En nuestra sociedad, normalmente la locura se identifica con sus síntomas visibles: delirios, estallidos de violencia, alucinaciones, retraimiento... Pero, ¿y si la locura no fuera lo que pensamos? ¿Por qué individuos aparentemente normales pierden el juicio de la noche a la mañana y cometen actos criminales? ¿Es lo mismo estar loco que volverse loco? ¿Y si los síntomas que asociamos a la locura no fueran sino mecanismos de estabilización desarrollados por el paciente para tratar de llevar una vida normal?

De la mano de maestros del psicoanálisis como Lacan, Freud o Brunswick, y a través del estudio de los célebres casos de Aimée, el Hombre de los Lobos y el asesino en serie Harold Shipman, así como de sus propias experiencias como psicoanalista, Leader plantea una nueva perspectiva sobre la locura, y expone por qué es fundamental volver a los modelos terapéuticos clásicos basados en el diálogo y la curiosidad por la historia del paciente. Asimismo, cuestiona la validez de los tratamientos farmacológicos actuales, cuyo objetivo es «convertir» al paciente en un ciudadano «normal», eficiente y autónomo, que se adapte a los sistemas normativos sociales.

Qué es la locura nos invita a dejar los prejuicios y las simplificaciones a un lado, y nos muestra que no existen fórmulas predeterminadas para tratar a los pacientes, ni etiquetas válidas para clasificar las llamadas «enfermedades mentales». En definitiva, no hay nada que pueda sustituir la experiencia de escuchar y ayudar al paciente a utilizar los recursos de los que dispone para hacer de su existencia una experiencia, si no satisfactoria, al menos llevadera o, en palabras del propio Leader, para «crear un espacio seguro en el que vivir».

«Fascinante. Leader tiene un conocimiento formidable de la historia psiquiátrica y el talento de un contador de historias. Con maestría nos enseña cómo sería vivir en la mente de un psicótico. Un libro humano y necesario».

New Statesman

DARIAN LEADER es psicoanalista y miembro fundador del Centre for Freudian Analysis and Research en Londres, así como Académico en el Centro de Psicoanálisis de la Universidad de Middlesex. Ha participado en numerosos documentales y conferencias sobre la relación entre arte y psicoanálisis, además de haber escrito ensayos para varios artistas. Es autor, entre otras obras, de *La moda negra. Duelo, melancolía y depresión* (Sexto Piso), *¿Porqué las mujeres escriben más cartas de las que envían?* y *Notas al pie de Freud.*

¿Qué es la locura?

¿Qué es la locura?
DARIAN LEADER

sextopiso
TRADUCCIÓN DE RAQUEL VICEDO

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida o almacenada de manera alguna sin el permiso previo del editor.

Título original

What is Madness?

Copyright © 3011, Darían Leader

All rights reserverd

Primera edición: 2013

Traducción

© RAQUEL VICEDO

Copyright © EDITORIAL SEXTO PISO, S.A. DE C.V., 20I3

París 35-A
Colonia del Carmen, Coyoacán 04,100, México D. F., México

SEXTO PISO ESPAÑA, S. L.
c/ Los Madrazo, 24, semisótano izquierda
28010, Madrid, España.

www.sextopiso.com

Diseño

ESTUDIO JOAQUÍN GALLEGO

Formación

GRAFIME

ISBN: 978-84-15601-23-4

Depósito legal: M-9588-2013

Impreso en España

ÍNDICE

Introducción 9

1. La locura silenciosa 9
2. Fundamentos 51
3. La psicosis 89
4. Lenguaje y lógica 123
5. El diagnóstico 149
6. Las causas de la psicosis
7. El desencadenamiento 217
8. Estabilización y creación 247
9. Aimée 285
10. El Hombre de los Lobos 309
11. Shipman 341
12. Trabajar con la psicosis 367

Epílogo 403

Notas 413

INTRODUCCIÓN

Hace muchos años, cuando todavía estaba estudiando, empecé a trabajar como voluntario en una comunidad terapéutica una vez por semana. Sólo pensaba en el psicoanálisis y quería entender mejor el extraño fenómeno de la psicosis: las alucinaciones, los delirios y las alteraciones del habla sobre las que había leído, pero que nunca había experimentado de primera mano. La mayoría de los individuos que conocí eran bastante tranquilos y no mostraban muchos signos de estar «locos». Tomar medicación durante mucho tiempo los había desgastado, y se habían acomodado en sus tranquilas rutinas. Sin embargo, había un hombre que tenía muchas ganas de hablar, y nos pasábamos horas debatiendo sobre filosofía, política y actualidad. Se expresaba muy bien, era lúcido y extremadamente inteligente, y me quedé muy sorprendido cuando me enteré de que había pasado los últimos años en hospitales psiquiátricos. Charlando con él, no me pareció que estuviera más trastornado que los amigos de la facultad con los que quedaba cuando salía del trabajo en la comunidad.

Tras unas cuantas conversaciones, le pregunté a un par de empleados del centro por qué vivía en una comunidad terapéutica y por qué tomaba medicación. Las sonrisas irónicas que recibí como respuesta me dieron a entender que se me había escapado algún detalle obvio, algún hecho evidente que mi radar juvenil no había detectado. Y de hecho, así fue. Unos meses después, en el transcurso de una de nuestras charlas, mencionó un país del que yo no había oído hablar. Tras su sorpresa ante mi ignorancia, hizo una aclaración: me explicó que no vivía en Inglaterra, sino en Xamara, un lugar habitado por animales salvajes y una legión de dioses exóticos. Me describió la geografía del lugar, su historia y su infraestructura. Todo tenía un nombre y estaba clasificado, como los reinos de Angria y Gondal que inventaron las hermanas Bronte en su infancia.

Para él, su rol como protagonista de la saga de Xamara no era incompatible con su vida y sus tareas cotidianas en la comunidad. Mientras lo describía, su voz no mostró entusiasmo, signos de emoción ni cambios de tono, como si se tratara de un hecho más de su existencia. Lo que realmente me impresionó fue esta continuidad en su voz: no había señales ni indicios en su discurso que indicaran que dejábamos el territorio de una realidad compartida para introducirnos en un mundo privado. Era como si nada hubiera cambiado, y en nuestras conversaciones posteriores no hubo vestigios de ninguna

iniciación secreta o de que me hubiera hecho parte de su confidencia. La vida siguió igual.

¿Cómo podía ser —me pregunté — que el delirio y la vida cotidiana estuvieran tan perfectamente entrelazados? ¿Cómo podía habitar uno dos lugares en apariencia distintos al mismo tiempo, como si no existiera ninguna separación entre ellos? Y aunque vivir en Xamara pareciera una locura, ¿por qué era necesario someterlo a un régimen médico o ser internado? No hacía daño a nadie y a él no le causaba molestias. Estas son preguntas que todavía me hago, y en este libro he tratado de estudiar algunos de los vínculos entre la locura y la normalidad. ¿Se pueden separar estrictamente el delirio y la cordura o, por el contrario, puede el primero no sólo ser compatible con la segunda, sino, ser incluso un estado de la misma?

Estas no son preguntas abstractas e intelectuales, están directamente relacionadas con el modo en el que la psicosis se trata en la sociedad de hoy día. Nuestra actitud ante la locura modela nuestra respuesta ante ella, tanto en términos de nuestras interacciones cotidianas como en la oferta de terapias disponible. Pero ha habido una marcada ausencia de diálogo entre las tradiciones. Durante al menos medio siglo han surgido teorías y terapias para la locura que son más o menos desconocidas fuera de un campo profesional muy reducido. Proporcionan herramientas fascinantes y poderosas para entender la experiencia de la locura y para explicar por qué y cómo ocurre. También ofrecen un amplio abanico de posibilidades para la terapia y para analizar cómo puede estabilizarse la psicosis. Aunque nos guste pensar que el conocimiento es acumulativo y está unificado, especialmente en la era de Internet, éste no es el caso. Existe una seguridad molesta y superficial en los trabajos de investigación que se autoproclaman «actualizados», como si un artículo aparecido en 2010 en una publicación vistosa tuviera más valor que uno escrito cien años antes en una revista médica ya olvidada a la que sólo podemos acceder si acudimos a un archivo polvoriento.

El trabajo en el que me voy a centrar deriva de la tradición europea continental en psiquiatría. Psiquiatras de finales del siglo xix y primeros del xx han sido abiertamente difamados por sus prejuicios en temas como la degeneración hereditaria, de constitución y mental, y, aun así, muchos de ellos se tomaron tiempo para escuchar a sus pacientes y para desarrollar teorías sobre la locura que fueran fieles a lo que habían aprendido tratando con ellos. La ausencia de tratamientos farmacológicos prolongados hizo que fuera posible estudiar cómo una persona cuya vida había sido destrozada por la psicosis era, con el paso del tiempo, capaz de encontrar un nuevo equilibrio. Estudiar lo que los psiquiatras llamaron los «mecanismos

de restitución», los caminos de vuelta a la vida, ha sido parte central de esta investigación y, hoy día, tenemos mucho que aprender de ellos.

En este entorno cultural, las ideas del joven estudiante de medicina Jacques Lacan empezaron a brotar cuando comenzó sus prácticas de psiquiatría en París en los años veinte. Actualmente, se aplica el trabajo clínico lacaniano para el tratamiento de la psicosis en todo el mundo, especialmente en Francia, Bélgica, España, Italia, los países latinoamericanos y, cada vez más, en el Reino Unido. Hay una cultura floreciente de revistas, libros, boletines, congresos, cursos y conferencias exclusivamente dedicada a explorar los diferentes aspectos de la locura. Hasta la fecha, profesionales lacanianos han publicado varios de miles de casos de trabajo con pacientes psicóticos. Aunque, por desgracia, fuera del medio la mayoría de los psiquiatras, psicólogos y trabajadores en el campo de la salud mental no han tenido acceso a estos trabajos de investigación por diversos motivos.

Con frecuencia se asume que el trabajo psicoanalítico que se lleva a cabo para el tratamiento de la locura es psicoanálisis clásico: el paciente se tumba en el diván y hace asociaciones libres, mientras que el psicoanalista hace interpretaciones relacionadas con su infancia. Aparte del hecho de que la mayor parte del psicoanálisis no es así, la verdadera confusión nace de la diferencia entre teorías y técnicas. Una teoría psicoanalítica de la psicosis no implica que necesariamente se utilice —o deba utilizarse— el psicoanálisis. Más bien al contrario, implica que las ideas analíticas pueden utilizarse para inspirar otros métodos de trabajo, otros tratamientos diseñados a medida de cada paciente en concreto. Este hecho ha sido obvio para los profesionales en los últimos cien años, aunque sigue generando malentendidos y confusiones, quizá, debido a los prejuicios arraigados contra el psicoanálisis, tanto fuera como dentro de su propio seno.

La atención a la singularidad de cada paciente que supone el enfoque psicoanalítico es aún más importante en la actualidad, ya que vivimos en una sociedad que cuenta cada vez con menos espacio para el detalle y el valor de las vidas individuales. A pesar del discurso de boquilla omnipresente que respeta la diferencia y la diversidad, la población está obligada más que nunca a pensar de modo uniforme, desde la guardería hasta los pasillos de la vida profesional. Este hecho se refleja en el campo de la salud mental, donde el tratamiento a menudo está considerado como una técnica casi mecanizada que se aplica a un paciente pasivo, y no como un trabajo conjunto de colaboración donde cada parte tiene una serie de responsabilidades. En la actualidad, cada vez hay más presión para que los servicios de salud mental sean considerados como una especie de taller mecánico, donde la gente se rehabilita y vuelve a sus trabajos —o con sus

familias— lo antes posible.

El sujeto psicótico ha pasado a ser considerado como un objeto al que tratar más que como una persona a la que escuchar. Con frecuencia, se desdeñan la especificidad y la historia personal del paciente. Los antiguos libros de psiquiatría, repletos de testimonios de pacientes, han sido reemplazados por estadísticas y diagramas pseudomatemáticos. Los estudios casi nunca mencionan lo que sucede en casos concretos, sino que presentan cifras que incluyen todos los casos. Uno ya no encuentra, por ejemplo, casos de individuos que respondieron a un tratamiento y cuál fue exactamente esa respuesta; en su lugar, aparecen estadísticas que reflejan el porcentaje de participantes que respondió o no al tratamiento. El individuo ha desaparecido.

Estos son los hechos del panorama actual, y no sólo en el terreno de la psiquiatría, aunque habría sido de esperar que fuera precisamente ésta la que nos hubiera proporcionado un escenario diferente. A pesar de las advertencias de los psiquiatras progresistas a lo largo de los años y de los movimientos antipsiquiátricos de los años sesenta y setenta, la psicosis se sigue equiparando con el modo en el que algunos individuos no consiguen encajar en las normas sociales. Tal y como señaló la psicoanalista Marguerite Sechehaye hace años: «Cuando tratamos de construir un puente entre los esquizofrénicos y nosotros, es a menudo con el objetivo de conducirles de vuelta a la realidad —la nuestra—y a nuestra propia norma. El paciente lo nota y naturalmente se resiste a esta intrusión». Hoy en día el énfasis se ha puesto en el ajuste convencional a las normas sociales, incluso si eso significa que las cosas no irán bien a largo plazo para el individuo.

Este hecho se observa en los niveles más básicos de nuestra cultura, en las escuelas de educación primaria y secundaria, donde la fórmula de preguntas con respuestas predeterminadas ha sustituido a las preguntas de respuesta abierta. En vez de animar a los niños a pensar por sí mismos para elaborar una respuesta, la formula simplemente propone dos o tres soluciones entre las que el niño debe elegir. Esto implica, por supuesto, que los niños aprenden que existe una «respuesta correcta» que otra persona ya conoce, y que no merece la pena que hagan sus propias interpretaciones. La clave del éxito es averiguar qué es lo que el otro quiere oír, en lugar de intentar encontrar una solución verosímil por uno mismo. No es de extrañar que los analistas sociales describan nuestra época como una era de «falso yo».

En los últimos cincuenta o sesenta años nos hemos apartado tanto de la cultura del cuestionamiento, la apertura y la tolerancia, que resulta asombroso comparar los textos de los profesionales que

trabajaron con la psicosis en los años cincuenta y sesenta con los de la actualidad. Muchos autores contemporáneos escriben como si los problemas de la locura simplemente se hubieran resuelto por medio de la investigación genética o neurológica: la psicosis es una enfermedad del cerebro y los medicamentos la curan. Hay, por supuesto, notables excepciones —y, en particular, me refiero al trabajo de muchos psiquiatras y profesionales de la salud mental en países escandinavos—, aunque el panorama general es bastante lamentable. El trabajo meticuloso a largo plazo, que dignifica a cada paciente por separado, ha sido sustituido por un énfasis pseudocientífico con resultados mensurables y visibles.

Dos psicólogos estadounidenses que han continuado la antigua tradición de la psicoterapia de la psicosis comparan sus esfuerzos con los de Horton, personaje creado por el Dr. Seuss, un amable elefante que tiene la capacidad de poder oír a los habitantes de un mundo microscópico contenido en una mota de polvo, aunque nadie en la jungla le cree. El conoce la difícil situación que viven estos habitantes y el desastre inminente al que se enfrentan, pero no consigue que nadie le escuche. Horton se encuentra solo en su empeño por salvarlos, y la falta de apoyo de sus amigos macroscópicos, que hacen lo posible para obstaculizar sus intentos, dificulta todo mucho más. Cualquiera que trabaje en el campo de la salud mental, y que esté a favor del enfoque psicoterapéutico, reconocerá la analogía inmediatamente: la obsesión con los resultados predeterminados, la conducta superficial y la «normalización» hacen que otras opiniones parezcan improbables e inverosímiles.

Espero que las ideas expresadas en este libro generen diálogo en torno a una serie de preguntas que, al fin y al cabo, nos conciernen a todos. Es necesario que se escuchen distintas tradiciones, del mismo modo que Philippe Pinel, a menudo elogiado por humanizar la psiquiatría en el siglo xviii y principios del xix, escuchó no sólo a sus pacientes y compañeros de la Europa continental, sino también a William Tuke y sus compañeros del York Retreat de Inglaterra. Estos cuáqueros eran partidarios de un tratamiento humanitario en pequeñas instituciones y que enfatizaban las relaciones interpersonales, en contraposición a los medicamentos. Recomendaron encarecidamente que se atenuara la pasión por «curar» y se cuestionara el «culto a la curación». Tuke se opuso a las restricciones y a los castigos, y su trabajo, continuado por Pinel y otros, finalmente condujo a la desaparición de técnicas brutales aplicadas en psiquiatría en muchos países.

Podría parecer que este maltrato no existe hoy día, pero el hecho es que la violencia hacia los sujetos psicóticos ha adoptado una forma distinta. Posteriores historiadores de psiquiatría han sido críticos con

Pinel y Tuke, argumentando que las restricciones simplemente se desplazaron del exterior al interior, en forma de técnicas de dirección moral y sugestión. Si bien el uso de la fuerza externa y la restricción disminuyó, la violencia seguía estando presente al imponer una forma de ver la vida. El profesional que intenta injertar su propio sistema de valores y opinión de la normalidad en el paciente se convierte en el colonizador que intenta educar a los nativos, sin duda, por su propio bien. Ya se trate de un sistema secular y educativo o religioso, sigue destruyendo la cultura y la historia de la persona a la que pretende ayudar.

No hace mucho una de mis pacientes fue hospitalizada durante un episodio maníaco. Cuando llegué a la sala, vi que un corpulento vigilante de seguridad estaba sentado sobre ella, mientras una enfermera intentaba ponerle una inyección. Como uno de los aspectos más terribles de su infancia había sido estar sujeta mediante la fuerza, esta situación la hacía sentir mal, y se resistía con más ímpetu. Esto aumentó la presión física, aunque la brutalidad de la escena continuó después de que la sedaran, de forma distinta, pero no por ello menos significativa.

Los cuestionarios y entrevistas a los que fue sometida después de la sedación no le dieron ocasión de hablar mucho sobre lo que había ocurrido. No mostró interés por los detalles que habían precipitado su episodio. En vez de ello, describió cómo la habían obligado a adoptar una serie de conceptos y categorías que le resultaban extraños, como la protagonista de *4:48 Psicosis,* de la dramaturga Sarah Kane, cuya ira crece cuando su médico se niega a ir más allá de la cuestión de si autolesionarse la había hecho sentirse mejor o no. A mi paciente le dijeron que su conducta era inadecuada, y que tenía que aprender a pensar de modo diferente y a verse como una persona enferma que necesitaba tratamiento farmacológico para volver a ser «normal». Y que necesitaba un diagnóstico, un sello que permaneciera grabado no sólo en su historial médico, sino también en su mente, para el resto de su vida.

Por muy válidos que creamos que son estos conceptos de enfermedad y salud, estoy convencido de que debemos dar importancia al mundo interior y a las creencias de cada individuo, y tratar de no imponer nuestra forma de ver el mundo. Esta es la diferencia entre higiene mental —en la que sabemos de antemano lo que es mejor para el paciente— y psicoterapia —en la que no—. Es fácil no detectar este tipo de violencia, pero está presente cada vez que intentamos machacar el sistema de creencias de un paciente imponiéndole un nuevo sistema de valores y políticas. Podemos comparar este enfoque con uno que no busque los errores, sino la verdad en la relación de cada persona con el mundo y el esfuerzo de

activar lo que tiene de particular la historia de cada individuo para ayudarle a volver a participar de la vida; no para que se adapte a nuestra realidad, sino para que aprenda en qué consiste su realidad, y cómo puede hacer uso de ella.

* * *

Haré unas consideraciones sobre léxico y conceptos. Alo largo de todo el libro me rehero a «locura» y «psicosis», usando los términos indistintamente. No tengo una visión relativista —en la que la locura es simplemente lo que no encaja con las normas sociales—, por motivos que quedarán claros en capítulos posteriores. Reconocer que la psicosis existe, sin embargo, no significa que tengamos que estar de acuerdo con el discurso sobre salud mental y enfermedad. Que muchas personas experimenten niveles insoportables de sufrimiento no significa que sean «enfermos mentales», ya que, sencillamente, no existe nada llamado «salud mental». Cuando exploramos cada caso individual, comprobamos que individuos aparentemente «sanos» pueden tener delirios o síntomas que no generan conflictos en su vida y que, consecuentemente, no llaman la atención. Cada uno de nosotros se enfrenta a problemas que aborda a su manera, y lo que se denomina enfermedad mental puede, como veremos, constituir un intento de solucionar y explicar estos problemas. Usar estas etiquetas no sólo afianza la falsa dicotomía entre salud y enfermedad, sino que también eclipsa el aspecto creativo y positivo de los fenómenos psicóticos.

Me gustaría dar las gracias a varios amigos y compañeros por sus amables contribuciones a este libro: Josh Appignanesi, Chloe Aridjis, Devorah Baum, Sadie Coles, John Forrester, Anouchka Grose, Andrew Hodgkiss, Richard House, Ruiz Kary, Peter Owen, Colette Sepel, Christos Tombras y Lindsay Watson. En París, estudié sobre la psicosis con Eric Laurent y Colette Soler, y sus enfoques psicoanalíticos han sido fundamentales en este libro. Como siempre, el trabajo de Genevieve Morel me ha inspirado para cuestionar el conocimiento recibido y para relacionar estrechamente cuestiones teóricas y clínicas. Jay Watts se esforzó incansablemente por sopesar y discutir mis opiniones lacanianas, y por ampliar mis horizontes. Astrid Gessert, Sophie Pathany Patrick Blackett me otorgaron una ayuda inestimable en temas de investigación, y todos en la editorial Hamish Hamilton han hecho el proceso de publicación muy fluido: gracias especialmente a Sarah Coward, Anna Kelly y Anna Ridley. Simón Prosser ha vuelto a ser un editor perfecto, crítico e incondicional, y le estoy especialmente agradecido por sus comentarios y sugerencias. Mi agente, Tracy Bonham en Wylie, también me ha ayudado

sistemáticamente con su estímulo y sus consejos. Por último, pero no por ello menos importante, gracias a mis pacientes psicóticos por todo lo que me han enseñado. Espero que el libro sea un fiel reflejo de su experiencia, y que oigan sus voces en él.

i. LA LOCURA SILENCIOSA

Ya sea en *Alguien voló sobre el nido del cuco, Inocencia interrumpida* o *Una mente maravillosa,* ¿por qué se retrata la locura de modo tan visible, tan tangible, tan audible? Las personas hablan con amigos imaginarios, echan espuma por la boca, tienen alucinaciones horribles, parlotean sin parar, se desgañitan gritando que existe una conspiración contra ellos. Generalmente, se retrata a los locos como increíblemente listos o increíblemente estúpidos, como genios o bestias, sin término medio. No hay duda de que a la locura a veces la acompaña una sintomatología llamativa, pero ¿qué hay del caso del hombre que actúa con calma en su vida profesional y familiar, y un día acude a su trabajo, cumple con sus obligaciones de manera impecable, y se dirige a un lugar público, saca una pistola y dispara a un personaje conocido? Nada anormal se ha percibido en su conducta hasta ese momento. De hecho, puede que incluso haya sido un ciudadano modelo, responsable, respetable y calmado. Pero, en el tiempo que precedió a su acto homicida, ¿podemos decir realmente que no estaba loco? Sin duda, esto nos lleva a pensar en esos casos de locura que son compatibles con la vida normal. Se trata de una locura silenciosa, contenida, hasta el momento en el que estalla la violencia.

¿Y si ese acto violento nunca hubiera ocurrido? ¿Y si, en nuestro ejemplo, el hombre se hubiera limitado a seguir con su vida? Si ya estaba loco antes de ese acto, ¿qué habría pasado si hubiera seguido en silencio, sin molestar a nadie, sin llamar la atención? Si la locura y la normalidad son, efectivamente, compatibles, ¿estaría esa persona más o menos loca según si apretara o no el gatillo? ¿Ysi nada reseñable hubiera ocurrido, y el hombre se hubiera limitado a seguir con su rutina y actividades cotidianas? Quizá, habría emprendido algún nuevo proyecto al jubilarse —un análisis histórico, una investigación genealógica, el estudio de una ciencia— o habría empezado a escribir —cartas, cuadernos, una novela—. A ojos de todos llevaría una vida normal, pero ¿sería una vida menos loca que su sombra más visible, más llamativa?

El hecho de que las crónicas periodísticas sobre «enfermedades mentales» estén a menudo relacionadas con crímenes violentos indica que los arrebatos dramáticos son lo que esperamos que sea la locura. Los defensores de la salud mental han trabajo mucho durante mucho tiempo para poner en entredicho esas asociaciones y, aun así, todavía forjan las percepciones generalizadas sobre la psicosis. Aunque las

probabilidades de que te ataque al azar un presunto «esquizofrénico paranoide» son infinitamente menores que las de que te agreda una panda de jóvenes de raza blanca que sale de un bar, son las historias que he mencionado primero y no éstas las que son noticia. Quizá, a un determinado nivel, no sólo esperamos estas cosas de la locura, sino que de hecho las deseamos para exteriorizar los sentimientos latentes de violencia que todos escondemos en nuestro interior.

Guando los grandes psiquiatras del siglo xix —y principios del xx — comenzaron a investigar sobre la locura, se centraron en los síntomas visibles que llaman la atención. Estudiaron los actos violentos, las alucinaciones, los delirios, los cambios de humor y las pasiones extremas y agudas que sacuden la vida humana. Intentaron clasificar estos fenómenos, separando desórdenes, creando nuevas entidades diagnósticas y buscando los detalles que permitieran construir una taxonomía. Pero muy pronto descubrieron que para definir las formas que podía tomar la locura no podían limitarse a utilizar los síntomas sociales más obvios.

Casi todos los autores importantes de este período que reivindicaron el curso definitorio de sus diagnósticos favoritos — demencia precoz, esquizofrenia, psicosis alucinatoria crónica—, acabaron por admitir que se habían precipitado y que no todos los casos se ajustaban al patrón. Progresivamente, descubrieron que las características iniciales que utilizaron para diagnosticar y que les llamaron la atención podían mutar, transformarse o, incluso, desaparecer. Un trastorno extraño del pensamiento, por ejemplo, podía tener cabida en un cuadro de integración social y cohesión. Con el tiempo, podían desvanecerse las alucinaciones espantosas y establecerse un ritmo de normalidad. Alguien podía sufrir de manía persecutoria y, posteriormente, casi no mencionarla. Un sentimiento agudo de vacío podía coexistir con una vida profesional sin contratiempos y con una posición de responsabilidad social en la propia comunidad.

Un número aún mayor de casos ni siquiera llegaba a oídos de los psiquiatras. Se trataba de las discretas psicosis que siempre habían encajado bien en la sociedad, sin estallar con una sintomatología espectacular, sin desintegrarse en colapsos o crisis nerviosas. Ser psicótico no implicaba que la psicosis se desencadenara, en el sentido de una detonación repentina evidente para la persona y para su entorno. En un libro de texto de psiquiatría cualquiera de antes de la guerra se podía afirmar categóricamente que: «La mayoría de los paranoicos pasarán por la vida sin desarrollar nunca esa psicosis». Y Eugen Bleuler, a quien se le atribuye a menudo haber sido el primero en teorizar y popularizar la categoría diagnóstica de la esquizofrenia,

concluyó tras muchos años de investigación que la forma más común de esquizofrenia era, de hecho, la variedad latente, la que nunca se hacía patente como locura. Añadió que en última instancia no existían signos clínicos que pudieran excluir el diagnóstico de esquizofrenia, una teoría que escandalizó a muchos de sus lectores y que, sin duda, escandaliza a muchos hoy día.

El punto de vista de Bleuler, como dijo un psiquiatra, rompió «el equilibrio y la armonía de los conceptos psiquiátricos» . Significaba que no existía una prueba que pudiera demostrar que alguien no era esquizofrénico: no el tipo de esquizofrénico cuyas acciones y palabras llaman la atención, sino el tipo silencioso y discreto que Bleuler y muchos de sus compañeros estudiaron. Como concluyó el estudioso de la esquizofrenia Silvano Arieti, después de más de tres décadas investigando en este campo, «Los psicóticos típicos que no reciben tratamiento parecen no saber que les pasa algo malo». Esa locura sutil y reservada ha recibido los nombres de «psicosis blanca», «psicosis normal», «psicosis lúcida», «psicosis cotidiana», «psicosis privada» y «psicosis ordinaria».

Reconocer la preponderancia de este tipo de psicosis y estudiar su estructura es especialmente importante en la actualidad por varios motivos. No sólo puede ayudar a acabar con el estigma de la locura, debilitando la ecuación que contiene conductas extravagantes y peligrosas, sino que, reconocer que la gente puede «estar» loca sin «volverse» loca y llevar una vida perfectamente normal, tendrá consecuencias de peso a la hora de ayudar a aquéllos cuya locura sí se ha desencadenado. Si comprendemos qué ha ayudado a alguien a mantenerse estable y a evitar los síntomas más demoledores y dolorosos de la psicosis, podremos utilizar lo aprendido para desarrollar vías de trabajo con aquellos que han sido víctimas del estallido de la locura.

* * *

A principios del siglo xx, los psiquiatras franceses Paul Sérieux y Joseph Capgras estudiaron la enorme cantidad de material disponible sobre la locura silenciosa. El sujeto psicotico podía estar muy bien adaptado a su entorno, sin mostrar confusión o disfunciones intelectuales, ni alucinaciones, euforias o depresiones. Podía parecer que tenía una vida emocional normal y que se expresaba con un lenguaje claro, preciso y lógico. Estos casos mostraban «la extraña asociación entre razón y locura», con un delirio principal que incluso podría no parecer extravagante ni poco realista. La persona no manifestaba rarezas, aunque ciertas categorías del pensamiento no

existían. Había espacios en blanco en la conciencia de la persona, áreas en las que la información no se asimilaba.

Dichos sujetos psicóticos eran como «especialistas» que veían el mundo en términos de su preocupación primordial. Podían llevar una vida cotidiana perfecta, y las personas a su alrededor no podían imaginarse ni remotamente que les pasara algo fuera de lo común. De hecho, Sérieuxy Capgras, llegados a un punto de su estudio, incluso se preguntaron si el tipo de delirios que estudiaban podían clasificarse como «enfermedad mental». Alguien puede quejarse de sufrir algún tipo de injusticia por parte de sus superiores, una persona de origen humilde podría intentar demostrar que proviene de una familia noble o un cónyuge acusar a su pareja de comportarse de modo inmoral. En general, estas personas harían lo imposible para que una idea fija encajara, basándose en una falsa premisa. Pero, después, el razonamiento de la persona era hermético. Nunca apelaban a poderes sobrenaturales, se limitaban a utilizar argumentos válidos apoyándose en lo que no era intrínsecamente imposible.

La psicoanalista Piera Aulagnier comentó el caso de una paciente que era a todas luces un miembro «normal» de la sociedad, casada y con hijos, empleada en una tienda en la que conversaba normalmente con sus clientes, y que sólo buscó ayuda cuando desarrolló una fobia. Al poco tiempo, Aulagnier descubrió que la paciente tenía una teoría peculiar sobre cómo nacían los niños: el esperma del hombre no tenía ninguna función, excepto la de excitar el «aparato procreador» de la mujer, y la vagina introducía la sustancia del hombre en ese aparato. De ahí que los hombres murieran más jóvenes y perdieran el pelo. Estos delirios no habían llamado la atención de nadie, ya que nunca nadie le había pedido que expusiera su idea de la concepción, y cuando otros sacaban el tema solía decir: «O me voy o dejo de escuchar».

Tomemos otro ejemplo: uno de mis pacientes se quejaba de una sensación difusa de ansiedad, y se pasó muchos meses contándome cosas de su vida y de su infancia. Nunca había visto a ningún psicoanalista o terapeuta antes, y se sentia molesto por esta reciente aparición de la ansiedad en su vida. Había tenido éxito en su carrera en el sector legal, y nunca había sufrido síntomas manifiestos o inhibiciones que supusieran un problema. Después de un tiempo, la causa de su aprensión se hizo evidente, y fue capaz de encontrar lo que parecía una solución viable para atenuarla, así que dejó el tratamiento. En una de las últimas sesiones, sin embargo, mencionó algo extraño: creía que cualquiera que tuviera su mismo nombre debía forzosamente compartir alguna cualidad con él. El nombre en sí no era inusual, y esto implicaba que cada vez que encontraba a un tocayo se sentía atraído hacia él, curioso por saber más.

Cuando le pregunté por esto se mostró inquieto, comprendiendo que lo que pensaba podía parecerme raro. Pero, en el fondo, estaba absolutamente convencido: el nombre sólo se le ponía a la persona en cuestión si ésta poseía una esencia interior, inmutable e invariable. Tuvo cuidado de no dar a conocer este delirio, y nunca le causó problemas. En realidad, podemos sospechar que le ayudó a mantener una identidad, ya que también creía que los que compartían ese nombre habían tenido un antepasado común. Como en el caso de la paciente de Aulagnier, no había motivos para que estas opiniones causaran problemas o conflictos, y podían permanecer ocultas en el curso de su vida cotidiana.

Si la paciente de Aulagnier no hubiera desarrollado una fobia y no hubiera visitado a un psicoanalista, sus delirios quizá nunca habrían salido a la luz. Habría podido continuar con su vida y ocultar sus pensamientos. Si no se producen roces importantes con las personas de su entorno, no se despiertan sospechas de que existe una psicosis, como era el caso de mi paciente, que tenía un delirio sumamente encapsulado. Y es exactamente de estas formas de psicosis de las que podemos aprender; estudiándolas, podemos tratar de comprender los mecanismos que han permitido a la persona «estar loca» —en silencio — sin «volverse loca». Dado que hoy día la salud mental se define a menudo como la ausencia de conflicto con nuestro entorno, este tipo de psicosis sencillamente queda fuera del radar: desaparece.

Esta desaparición de lo que los primeros profesionales tomaron como la forma de psicosis más corriente se ve reforzada por el hecho de que los delirios suelen mantenerse en secreto. Como dijo uno de los pacientes de Manfred Bleuler: «En mi mundo soy omnipotente, en el tuyo, soy diplomático». Hoy día, pocos profesionales han estudiado la antigua categoría psiquiátrica de «reticencia», que describía la manera de evitar ciertos temas y quedarse en silencio. Aun así, el trabajo a largo plazo con un paciente psicotico siempre muestra que muchas cosas no se revelan inmediatamente, si es que acaban por revelarse. De Clérambault hablaba de «esos silencios que son el sello distintivo del delirio», y los psiquiatras de principios del siglo xx advirtieron del peligro de confundir remisión y reticencia. Bleuler hablaba de la «doble contabilidad» que llevan los sujetos psicóticos: saben que la mayoría de las personas no entienden sus pensamientos y creencias, así que las esconden cuidadosamente, incluso en un entorno de confianza y benevolencia.

En el caso que discutiremos en el capítulo 9, hicieron falta más de trescientas sesiones para que el paciente revelase a su curioso y devoto joven psiquiatra lo que tenía en la mente. Figúrense lo poco que puede uno averiguar en una entrevista tipo cuestionario de una hora con un paciente en estos tiempos. De hecho, el éxito de muchos

tratamientos contemporáneos se mide en términos de cómo de bien puede ocultar su psicosis un sujeto psicotico, cuánto puede ajustarse y cumplir con las expectativas de los demás. En este caso nos perdemos todo lo que podríamos averiguar en conversaciones más largas; no en una hora al mes, sino en conversaciones que se desarrollan a lo largo de años, incluso de décadas. Es como decir que desde el final del siglo xix, el material psiquiátrico sobre la reticencia prácticamente no ha existido, como si cada vez nos interesara menos lo que es importante para nuestros pacientes.

Históricamente, el movimiento que propició el paso de la locura visible a la locura silenciosa e invisible comenzó con críticas de las principales entidades diagnósticas. Emil Kraepeliny muchos otros psiquiatras de finales de siglo xixy principios del xx dieron un lugar preponderante a la evolución de la psicosis: el curso de la enfermedad determinaría cómo clasificarla. La demencia precoz, por ejemplo, derivaría hacia el empobrecimiento cognitivo y afectivo. El término «demencia» implicaba descomposición, la intrusión mórbida en la psique de un proceso orgánico que seguía sus propias leyes irreversibles. Si no las seguía, entonces no era demencia precoz.

Este movimiento progresivo hacia la demencia era la característica definitoria, lo que la diferenciaba de la psicosis maníaco-depresiva. La idea de que, por lo tanto, era más o menos incurable y condenaba a un resultado desesperanzador contribuyó a formar concepciones generalizadas de la locura. Significaba desconsuelo tanto para los pacientes como para sus familias. Este énfasis en las crisis y los oscuros pronósticos cumplió perfectamente con su función de modelar expectativas: si parecía que el paciente iba bien, es que no era psicotico. Como le dijo un psiquiatra a la antropologa Tanya Luhrmann sobre una paciente diagnosticada con esquizofrenia: «Ha conseguido una pareja, de hecho el tipo quiere casarse con ella y parece bastante sensato, y se las ha arreglado sin medicamentos. No creo que tenga sentido meterla en esa categoría». La paciente no podía ser psicotica porque su vida no se desmoronaba como todos esperaban. La preconcepción diagnóstica se convertía entonces en un vehículo para los prejuicios: para ser esquizofrénico uno tenía que estar desintegrándose de modo evidente y ser incapaz de atraer a otra persona.

Estas ideas estrictas sobre la psicosis también están presentes en el mundo del psicoanálisis. El aristócrata ruso Sergei Pankejeff visitó por primera vez a Freud en 1910 y, después de un tratamiento que duró cuatro años, Freud redactó el caso de este paciente que pasó a ser conocido como el «Hombre de los Lobos» por tener un sueño crucial en el que un grupo de lobos le miraba fijamente de un modo aterrador. Volvió a ver a Freud durante un breve período y, después,

continuó el psicoanálisis con Ruth Mack Brunswick, que le diagnosticó paranoia. A pesar de contar con buenos indicios clínicos, a las generaciones futuras les costó aceptar el diagnóstico. La psicoanalista estadounidense Muriel Gardiner, que conocía bien a Pankejeff, lo refutó aduciendo que «daba la impresión de ser una persona metódica y de fiar, siempre iba muy bien vestido, era educado y considerado con todos». Esta actitud está tan llena de prejuicios como la del interlocutor de Luhrmann, como si los psicóticos tuvieran que serlo de modo visible y llamativo, y como si no tuvieran derecho a llevar una vida fructífera, ordenada y llevadera o, incluso, a ir bien vestidos.

Si bien parece que estos prejuicios surgen al adoptar la perspectiva kraepeliniana de la psicosis como una espiral crónica y descendente, definida por su estado terminal, no debemos olvidar que tanto el mismo Kraepelin como sus contemporáneos cuestionaron estas opiniones. Algunos psiquiatras anglófonos no leyeron los textos originales de Kraepelin en alemán y asumieron que la demencia precoz era lo que su nombre indicaba: un trastorno que comenzaba en la adolescencia (precoz) y que empeoraba (demencia). Pero Kraepelin reconoció, en la octava edición de su libro, que no había elegido bien el término, y tanto él como Bleuler relativizaron su pronóstico inicial de pesimismo, admitiendo que la evolución positiva y el cambio eran posibles.

Kraepelin reconoció que la «enfermedad» podía frenarse o, incluso, en algunos casos, «curarse» con un «restablecimiento completo y duradero». Emmanuel Régis hablaba de «demencia precoz sin demencia», añadiendo que el pesimismo que se le atribuía a Kraepelin podía deberse más al contexto hospitalario en el que se encontraba, a diferencia de las consultas privadas de otros profesionales. Asimismo, muchos de los compañeros de Kraepelin criticaron el uso del término «demencia», con sus implicaciones de destrucción de las facultades mentales y el deterioro físico a largo plazo.

En Francia, Philippe Chaslin escribió una reseña brillante y poco tenida en cuenta de la noción de demencia precoz, proponiendo en su lugar el concepto de «locura discordante» y haciendo hincapié en la curación o la mejora, que era clínicamente posible. El término «demencia» sugería un proceso orgánico mórbido, pero él señaló que si bien en ciertos casos se desencadenaba en la adolescencia o la primera adultez y empeoraba rápidamente, en otros casos no, a pesar de mostrar un cuadro de síntomas idéntico. Gomo muchos otros psiquiatras, Chaslin insistía en que el sujeto psicótico podía conservar sus facultades mentales, de nuevo cuestionando las implicaciones de la formulación inicial de Kraepelin. El problema no radicaba tanto en las facultades —como la memoria o la voluntad— como en la relación

entre ellas: en otras palabras, en su discordancia.

Por supuesto, los síntomas de la discordancia podían empeorar, pero también podían mejorar o desaparecer por completo. Quizá de modo sorprendente, a pesar de los cientos de críticas de la interpretación simplista del concepto de Kraepelin y de los esfuerzos de los epidemiólogos y de las organizaciones de «supervivientes» por poner énfasis en los resultados positivos, un diagnóstico de pesimismo nos sigue acompañando tanto en las consultas como en las salas de los hospitales. Aunque deberíamos ser más listos, la sociedad del riesgo actual refuerza estos prejuicios. Tanto en los servicios de salud públicos como en los privados, la posibilidad de un litigio está tan presente que los profesionales con frecuencia se ven forzados a presentar los peores escenarios a sus pacientes y familiares. Su coartada es el lenguaje de la «ciencia», los ensayos clínicos y los estudios que generan las estadísticas tan valoradas hoy día. Se comunican resultados muy pesimistas disfrazados de una franqueza compasiva, sin tener en cuenta que el mismo hecho de emitir este pronóstico puede causar una gran impresión en el enfermo. ¿Qué impacto puede tener en un paciente maníaco-depresivo que lleva estable dos años la noticia de que las estadísticas indican que probablemente recaerá en los siguientes seis o doce meses?

* * *

A diferencia de la imagen de deterioro que sugiere el término «demencia», muchos de los psiquiatras elaboraron teorías de un tipo de locura en la que todas las facultades del sujeto psicótico estaban intactas. Los trastornos del pensamiento sólo se hacían evidentes, llegado el caso, cuando se abordaban áreas particularmente sensibles. De este modo, Daniel Paul Schreber, un juez alemán cuyas memorias a propósito de su «enfermedad de los nervios» fueron publicadas en 1903 y que creía que se estaba transformando en el engendrador de una nueva raza que habitaba un universo estrambótico de rayos divinos y filamentos, podía seguir esgrimiendo argumentos legales como experto en la materia que era, en particular, en lo concerniente a su propia tutela. Fue capaz de convencer a los tribunales, con argumentos legales y su relato personal, de que estaba preparado para salir del manicomio y seguir con su vida.

Comentando el caso Schreber, Freud observó que lo que tomamos como características definitorias de la locura —delirios, alucinaciones, etc.— no son en realidad síntomas primarios, sino secundarios. No son tanto constitutivos de la locura, sino respuestas a la locura, intentos de autocura, como también sostuvieron Bleuler, Jung, Lacan y Winnicott. ¿Qué ocurriría, por ejemplo, si la gente a su alrededor

empezara a murmurar cosas sobre usted, propagando cotilleos maliciosos sobre su falta de ética y su conducta sexual, sin ningún motivo aparente? Usted tendría que inventarse un motivo. Como me contaba una mujer, ¿qué otra explicación había para las terribles habladurías que corrían sobre ella si no era que tenía una doble ligera de cascos que se vestía con su ropa y fingía ser ella? Este brote de locura era menos extraño que una hipótesis con poder explicativo, menos demente que una reacción lógica a la demencia. Era, quizá, una buena idea. En consecuencia, la locura y la razón no eran opuestas, sino idénticas, como sostuvieron genialmente Erasmo y Pascal.

Pero, ¿de dónde surgen estos murmullos y cotilleos? Mientras se desarrolla este proceso de razonamiento lógico, puede construirse un sistema delirante. La doble aparece para estropear la reputación de la persona, para asegurar, por ejemplo, que uno queda excluido de una herencia. Si la televisión o la radio empiezan a hablarnos, es para alertarnos de algo, o quizá para fastidiarnos. Los ingenieros responsables, por su parte, pueden ser simplemente agentes de otros poderes. El pensamiento en estos casos en realidad no sufre un desorden, está más ordenado que nunca.- si otra persona oyera voces, las tomaría como un síntoma de fatiga y continuaría con su vida. Pero el psicotico las toma en serio. Para psiquiatras como Charles Lasegue y De Clérambault, el psicotico puede ser un maestro del proceso deductivo racional. Primero oye voces y después les encuentra sentido, utilizando sus capacidades lógicas, que tiene completamente intactas.

Así, un delirio puede constituir un modo de comprender las experiencias propias, recurriendo a todas las facultades de inferencia y deducción disponibles para encontrar una respuesta. En palabras de G. K. Chesterton, «el loco ha perdido todo excepto la razón». Estos procesos de pensamiento se llevan en privado y, raramente, se transmiten. Muchos otros casos comentados por los primeros psiquiatras mostraban sujetos sumamente competentes, inteligentes y elocuentes que se aferraban con discreción a sistemas de creencias relacionados con la mística, el sexo, la religión o la persecución. Estos casos «contenidos» ponían en entredicho la opinión de que la locura era una descomposición orgánica y psicológica, aunque en el transcurso del siglo xx cada vez se les prestó menos atención. Estos estudios pasaron de la corriente dominante de la psiquiatría a formar parte de la fenomenología psiquiátrica y el análisis existencialy lacaniano. Considerando el interés que existía inicialmente en estas formas de psicosis, ¿cómo podía explicarse este cambio gravitatorio?

Hay tres respuestas fundamentales a esta pregunta: la primera, la finalidad de la categoría diagnóstica de la paranoia, que constituye el

caso más claro de locura silenciosa; la segunda, el efecto de la farmacología en el escenario de la salud mental; y la tercera, la revisión radical de los procesos de diagnóstico que realizó la psiquiatría biológica de los años ochenta, y que eliminó de forma efectiva el problema del significado del estudio de la psicosis. Estos tres factores conducirían al eclipse del estudio de la psicosis cotidiana que en su día parecía tan evidente para la psiquiatría de principios del siglo xx. Aunque estudios recientes que examinan los fenómenos psicóticos en la población general —como oír voces— han contribuido a contrarrestar esta tendencia, sus estadísticas, que rondan en cualquier caso una tasa de preponderancia de entre el 3 y el 3 o por ciento, subestiman tanto la frecuencia como la discreción de la locura silenciosa.

La cuestión de la paranoia polarizó en su día este debate de la coexistencia de la locura y la normalidad. Cuando Kraepelin describió la «verdadera paranoia», las dos características definitorias eran los delirios y una conservación asombrosa de todas las capacidades mentales y la inteligencia. Los delirios, a menudo de grandeza o persecutorios, se combinaban con una claridad total de pensamiento y acción. Aunque al principio pensaba que era crónica e irreversible, admitió, tras muchas críticas, que existían otras formas de paranoia y, de hecho, en una de sus últimas publicaciones, describió la paranoia más como una «torsión mental» o «malformación», que como una «enfermedad». Pero, ¿cómo era posible que las facultades mentales se conservasen tan bien?

Las respuestas a estas preguntas se fueron empañando progresivamente por la asimilación de la paranoia al grupo heterogéneo de las esquizofrenias. Aunque la paranoia justificó en su día una gran parte de los diagnósticos hospitalarios, enseguida se generalizaron los diagnósticos de esquizofrenia. Psiquiatras como Henri Claude advirtieron del peligro de confundir la paranoia y los estados paranoides, aunque esta distinción se fue debilitando y se perdió bastante de vista. Esto se ve reflejado en las traducciones del título de la tesis de Lacan *De la psychoseparanoiaque dans ses rapports avec la personnalité:* la primera frase se traduce normalmente como «psicosis paranoide», aunque, en el momento de escribirse, ya existía una distinción psiquiátrica entre «psicosis paranoide» y «psicosis paranoica» que Lacan conocía muy bien. Los estados paranoides pueden darse en casi cualquier tipo de alteración mental, mientras que la paranoia como tal ya constituía una categoría diagnóstica diferenciada que llevaba aparejada la construcción de un sistema estable de creencias con un perseguidor identificado. Sin embargo, rápidamente, la paranoia perdió su entidad diagnóstica.

El caso de Ernst Wagner, estudiado por el psiquiatra Robert Gaupp

y sus estudiantes en Tübingen tuvo especial relevancia en este tema. Wagner era un maestro muy respetado, un hombre educado e inteligente que llevaba una vida ordenada y nunca había despertado el interés de los médicos o los psiquiatras. Pero en la noche del 4 de septiembre de 1913, le seccionó tranquilamente las arterias carótidas a su mujer y a sus cuatro hijos, cogió el tren de Stuttgart en dirección al pueblo de Mülhausen donde, tras provocar varios incendios, disparó a todos los hombres que vio, matando a nueve e hiriendo a otros doce con las armas que tenía atadas con correas en las manos.

Este impresionante arranque de violencia fue, por supuesto, portada de todos los periódicos, alimentando una letanía de odio contra los «enfermos mentales». Se decía que Wagner había llevado a cabo su matanza compulsiva durante un ataque agudo de locura, pero, como demostró Gaupp de modo valiente y con persistencia, los asesinatos habían sido planeados años antes por un hombre que se sentía perseguido hasta un punto que no podía soportar, como confirmaron sus cuadernos y diarios. La riqueza de las pruebas escritas que Gaupp examinó, constituyó un recurso de incalculable valor, que analizaba, paso a paso, el desarrollo mental a lo largo de varios años de un hombre que finalmente se vio obligado a llevar a cabo sus proyectos homicidas. El psiquiatra hizo lo posible por cuestionar la demonización de Wagner, y por poner énfasis en el hecho de que era, como sus detractores, un ser humano cuyos actos podían explicarse sin apelar a conceptos como el de «demonio».

Para Gaupp, el interés conceptual del caso radicaba en la luz que arrojaba sobre la paranoia, que era claramente compatible con una vida normal en el seno de la comunidad. Wagner, después de todo, sufrió de delirios durante al menos veinte años y, aun así, fue capaz de comportarse como un buen ciudadano y padre de familia sin mostrar signos visibles de locura. Este hecho entraba en conflicto con la sencilla opinión de Kraepelin de que la paranoia seguía un curso insidioso, inmune a los acontecimientos de la vida. Hasta el 4 de septiembre de 1918, nadie había percibido nada raro. Asesinó a toda su familia esa noche, pero la noche anterior fue tan amable como siempre, mantuvo una amena conversación con la mujer y la hija de otro profesor, y cumplió con sus obligaciones con dedicación y competencia.

Los textos escritos, junto con sus entrevistas con Gaupp, sacaron a la luz la lógica de los homicidios. A los dieciocho años, Wagner había empezado a masturbarse, lo que auguró una catástrofe de suplicio personal. Estaba seguro de que los demás podían adivinar su vergonzoso secreto con sólo mirarle, e interpretaba los comentarios de la gente de su entorno como alusiones. En 1901 obtuvo un puesto como maestro en una escuela en Mülhausen donde, a pesar de tener

varias relaciones heterosexuales, siguió masturbándose. Una noche, volviendo a casa de la taberna local, tuvo algún tipo de contacto sexual con animales-, los detalles de lo que hizo exactamente no se conocen, a pesar de los años de entrevistas con Gaupp. Nadie vio a Wagner hacer nada, pero él sentía que había cometido un pecado contra toda la raza humana. Después de esa noche, deambuló en una agonía persecutoria, interpretando que las conversaciones que oía casualmente eran alusiones a lo que había hecho, bromas y mofas de la población local. Se había convertido en objeto de burla.

Wagner sabía que si tomaba represalias perdería su trabajo, no tanto por las agresiones cometidas, sino porque su delito se conocería. Empezó a llevar un arma cargada encima, por si la policía venía a buscarle, e incluso la escondió bajo la chaqueta el día de su boda. Su matrimonio no fue suficiente para atenuar su desesperación, y Wagner se dio cuenta de que tendría que matar a su familia, ya que sus hijos podrían llevar el germen de sus anomalías sexuales. Cuando su sentimiento de que era objeto de desprecio y mofa por parte de los hombres de Mülhausen se extendió a los pueblos de alrededor, compró más armas, practicó y planeó su venganza. Como la sensación persecutoria aumentó, Wagner acabó por pedir el traslado a Stuttgart, aunque allí también acabó pensando que conocían su pecado y se burlaban de él. Tenía que matar a los hombres de Mülhausen, dijo, para frenar las habladurías.

Primero, no obstante, tenía que matar a su familia, por compasión y para impedir la transmisión hereditaria del mal. Pensar que sus hijos tuvieran que vivir con la vergüenza de su padre se le hacía insoportable, así que decidió matarlos para ahorrarles ese dolor, además de borrar cualquier rastro de su pecado del mundo. Después, prendería fuego a Mülhausen y mataría a sus enemigos. Por lo tanto, los asesinatos se dividían en dos grupos: primero, el homicidio altruista de su familia y, después, la eliminación de sus perseguidores por venganza. Lo que tenían en común era el objetivo de borrar una culpa.

La cuidadosa reconstrucción del caso por parte de Gaupp mostró cómo una paranoia podía desarrollarse durante un período de muchos años, respondiendo a acontecimientos de la vida de un paciente, más que siguiendo simplemente un curso predeterminado, y cómo podía operar de modo aparentemente independiente de la conducta superficial. Wagner era un hombre respetado, un buen profesor y un miembro normal de la sociedad. No mostraba ninguna de las alteraciones que podrían asociarse a una «enfermedad mental», y los estudiantes de Gaupp, como Ernst Kretschmer, desarrollaron estas ideas, haciendo hincapié en la influencia de la experiencia vivida en el curso de la paranoia y refutando el determinismo biológico

indiscutido de sus contemporáneos. Cuando Lacan publicó su tesis doctoral sobre la paranoia en 1932, ésta fue la tradición que desarrolló y perfeccionó.

Pero la paranoia como categoría diagnóstica se desvaneció rápidamente en la psiquiatría occidental tras la Segunda Guerra Mundial. En 1973 el *British Journal of Psychiatry* se refería a ella como «una categoría obsoleta», su forma sustantiva se debilitó hasta convertirse en adjetivo calificativo-, existían la «esquizofrenia paranoide», el «trastorno paranoide de la personalidad» o la «reacción paranoide», pero no la paranoia como tal. La antigua diferenciación entre «paranoia» y «paranoide» dejó de existir, el término desapareció del libro de texto más importante, *El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (o *DSM),* en 1994 y, a pesar de contar con algunos detractores, ya no se considera una categoría diferenciada de la corriente dominante en psiquiatría. ¿Fue porque el énfasis que se puso en el comportamiento superficial llevó precisamente a no dejar ver lo que era invisible, la forma silenciosa de locura que Gaupp había documentado con tanto esmero?

* * *

Los avances en farmacología fueron, sin duda, un factor significativo en el eclipse de la paranoia. Parecía que los nuevos tratamientos con fármacos daban muchas esperanzas, y la medicación antipsicótica redefinió la labor de la psiquiatría. El momento clave normalmente se asocia con la introducción de la clorpromazina a principios de los años cincuenta, que contribuyó a aportar calma y sensación de distancia del mundo: una «terapia de hibernación», como se la llamó inicialmente. Pacientes nerviosos y problemáticos se volvían mudos e inmóviles. El objetivo era cambiar el comportamiento superficial en lugar de identificar los problemas subyacentes arraigados, aunque al principio muchos de estos fármacos estaban considerados como instrumentos que permitían que la psicoterapia se abriera camino, no como alternativas concretas.

Se han hecho muchas críticas elocuentes de la medicación psiquiátrica, y no entraré a comentar esos argumentos en detalle aquí. Podemos limitarnos a observar los efectos secundarios graves y permanentes de muchos neurolépticos: docilidad, pasividad, diabetes, síntomas de tipo Parkinson, patología bucal, aumento de peso, problemas de salivación y locución, por mencionar unos cuantos. También se ha demostrado que los medicamentos no funcionan en un alto porcentaje de pacientes —hasta dos tercios—y que los que los toman tienen más posibilidades de recaer y ser internados que los que

no. Algunos sostienen que los que toman con regularidad medicación antipsicótica se arriesgan a reducir su período de vida en veinticinco años, no debido al suicidio, sino a la muerte causada por problemas cardiovasculares y metabólicos.

Vale la pena recordar aquí cómo, por lo general, estos efectos secundarios de los medicamentos antipsicóticos, cuando se admiten, no se tienen en cuenta. La docilidad, la pasividad y el embotamiento generalizado de los procesos cognitivos se ven como el precio que hay que pagar por un bien mayor. Pero eran estas mismas características las que, con anterioridad en este mismo siglo, estaban consideradas como los objetivos de la medicación. La larga lista de intervenciones médicas previas, desde la terapia de coma insulínico, el choque con metrazol o el electroshock, estaban orientadas a destrozar o dañar gravemente las llamadas «altas funciones» del cerebro. Después de todo, eran estas «altas funciones» las que causaban los síntomas de la psicosis. Los tratamientos debían «dejar fuera de combate al cerebro» y «dañar la memoria», como dijo un psiquiatra a principios de los años cuarenta.

En realidad, el momento eureka en el desarrollo del electroshock llegó cuando Ugo Gerletti descubrió cómo la electricidad podía utilizarse para dejar sin sentido a los animales en el matadero sin que la corriente pasase a través de todo el cuerpo, como él había estado haciendo, sino sólo a través de la cabeza. Embotar el cerebro era el objetivo y no el efecto secundario: el electroshock era como «darle patadas a un reloj suizo», atenuaba los síntomas y hacía que fuera más fácil tratar con los pacientes, que estaban más tranquilos y obedientes. El metrazol, por ejemplo, parecía provocar una falta de profundidad emocional, una tendencia a evitar el contacto con personas y una disminución de la capacidad de autoobservación, aspectos que, como señaló Kurt Eissler, convertían al paciente en un individuo más aceptable socialmente.

Muchos psiquiatras que escribieron en el período de la generalización de los medicamentos hicieron una observación que sigue siendo tan buena hoy día como en su momento. La psicoterapia con sujetos psicóticos por lo general es larga, difícil y agotadora, además carece de las satisfacciones que solemos asociar a otros tratamientos médicos más convencionales. Parece más agradable tener un paciente que irá sensiblemente a mejor mediante una acción médica que uno con el que los cambios sólo se perciban retroactivamente tras muchos años de trabajo. Por otro lado, les preocupaba que si muchos pacientes diagnosticados de esquizofrenia no mejoraban, esto generase cierta antipatía en sus médicos. Los tratamientos de fármacos que embotan el cerebro —como sus antecesores, el coma insulínico y los tratamientos de choque—

podrían considerarse como una forma inconsciente de represalia: más allá del cuidado y la preocupación consciente por el paciente, se albergaba un sentimiento de impotencia y frustración. Estos tratamientos, en cierto modo, eran castigos por no mejorar. Gomo observó Gérard Pommier, ¿es casual que los medicamentos de hoy día no se llamen «antipsicosis», sino «antipsicóticos», como si fuera el sujeto psicotico en sí mismo el que tuviera que ser eliminado?

Por supuesto esta dimensión pudo aumentar su eficacia. Una mujer empezó a sentir que «el mundo entero estaba en su contra», que la gente la espiaba por la calle y conspiraba, y la radio y la televisión hablaban de ella. Dos años antes se había casado con un hombre mucho mayor que ella, un anticuario rico, y para cuya familia había ejercido de institutriz durante los veinticinco años anteriores. Aparentemente la familia y los hijos de su nuevo esposo habían aceptado de buena gana el matrimonio, gracias al que ascendió en términos sociales y económicos. La psicosis se desencadenó en el preciso momento en el que recibió un cheque, a su nombre, extendido por su marido. Tuvo la impresión de que se estaba aprovechando de su nueva situación, quitándole a los hijos de su esposo lo que les correspondía, considerando lo generosos y comprensivos que habían sido con ella. Este sentimiento de culpa se transformó inmediatamente en un sentimiento de persecución. Tras un tratamiento de electroshock, mejoró considerablemente y prosiguió con una vida familiar afectuosa y «normal». Es difícil no asociar el feliz resultado con la naturaleza del tratamiento: ¿no fueron los electroshocks recibidos suficiente castigo por su delito?

Muchos de los primeros estudios de tratamientos físicos, como los electroshocks y los choques con metrazol, hallaron una estrecha relación entre su eficacia y el significado psicológico que se les atribuía, tanto por parte del médico como del paciente. Aunque los métodos utilizados variaban enormemente, los «resultados» eran sorprendentemente similares, y guardaban relación con el hecho de que se realizaran cuando el terapeuta tenía altas expectativas o simplemente como un proceso rutinario. Demasiado a menudo olvidamos una de las lecciones más importantes de los primeros estudios: los efectos de los diversos tratamientos de electroshock en el cuerpo eran más o menos idénticos a los de un *shock* emocional. Esto indicaba que no eran los detalles del procedimiento físico, sino su impacto en los pacientes —lo que significaba para ellos— lo que era importante. Manfred Bleuler señaló que existe un estudio que demuestra cómo la amputación de un miembro puede tener «el mismo» efecto que una leucotomía.

Hoy en día, hay pocos motivos para dudar de la vigencia de este principio. Los fármacos no se toman en un entorno aislado, sino que

forman parte de otras interacciones que también tendrán un efecto en el paciente. Decir que las medicinas funcionan no es decir gran cosa, ya que sus resultados son variables. El éxito aquí quizá tenga más que ver con las relaciones públicas que con los avances científicos. Curiosamente, la primera generación de fármacos antipsicóticos no fue el resultado de una investigación específica. Todos fueron el resultado de descubrimientos casuales: la clorpromazina se utilizaba como tranquilizante en la anestesia; la reserpina, para tratar la hipertensión; la iproniazida, como euforizante para tratar la tuberculosis, y el urato de litio, para sedar a las cobayas antes de experimentar con ellas.

Los médicos observaron los efectos tranquilizantes y debilitantes de los fármacos y empezaron a pensar en utilizarlos como «antipsicóticos». Estas cualidades narcóticas se promocionaron entonces utilizando la retórica de «cura» y «tratamiento». Los historiadores han demostrado cómo, entre bastidores, en los departamentos de relaciones públicas de las compañías farmacéuticas los medicamentos pasaron de ser sujeciones químicas a curas de precisión. El mensaje estaba claro: por fin habían llegado los remedios que los psiquiatras llevaban esperando tantos años.

Esto se tradujo en una oportuna amnesia con respecto a los tratamientos anteriores. Siempre han existido «curas» para las enfermedades mentales que se han presentado al público y a los profesionales con el respaldo científico. Los médicos no se preguntaban si estaban haciendo lo correcto hasta que vieron la luz cuando aparecieron los fármacos de los años cincuenta. Desde finales de los años treinta en adelante, muchos psiquiatras no albergaban dudas acerca de la eficacia de la terapia de coma insulínico y, posteriormente, de que el metrazol era el camino hacia la recuperación. La clorpromazina era milagrosa no sólo porque era mucho mejor que otros tratamientos, sino porque los departamentos de relaciones públicas de las empresas se habían vuelto mucho más profesionales. Contar las cosas de otro modo se había convertido en un gran negocio, y había muchos empleados para hacerlo.

Los departamentos de relaciones públicas también han intentado reescribir la historia de los cambios sociales que, según parece, introdujeron los fármacos. Nos hacen ver que gracias a ellos los psicóticos son capaces de seguir con sus vidas fuera del hospital, y que la desinstitucionalización de la psicosis que se ha producido en las últimas cuatro décadas ha contado con el respaldo médico a los nuevos fármacos. Como dijo un estudioso, los nuevos fármacos «hicieron posible que la mayoría de los enfermos mentales fueran tratados con rapidez y éxito en sus propias comunidades y que volvieran a ocupar un lugar útil en la sociedad». Sin embargo, los

historiadores han demostrado que el paso a la desinstitucionalización no fue solamente consecuencia de las terapias con nuevos fármacos. Los cambios en la psiquiatría social y comunitaria, tales como las políticas de puertas abiertas, comenzaron a vaciar las camas de las instituciones mentales bastante antes de que la clorpromazina apareciera en 1954.

En Estados Unidos, las instituciones mentales empezaron a mandar pacientes a casas de reposo cuando, en los años sesenta, los nuevos programas Medicaid y Medicare empezaron a otorgar subsidios para cuidados alternativos. Las leyes de bienestar social también otorgaban beneficios para discapacitados, así que los hospitales dieron de alta todavía a más pacientes, que fueron a parar a pensiones y hogares sociales. Esto ocurrió unos diez años después de que aparecieran la clorpromazina y los primeros neurolépticos, debilitando el vínculo causa-efecto que normalmente se presupone entre estos factores. Si bien es cierto que de mediados a finales de los sesenta cada vez más pacientes fueron a parar a la sociedad, también se observó que un número creciente de sujetos psicóticos acabó en cárceles o en las calles. Comparada con los hospitales, ¿de verdad era ésta una alternativa mejor? Hoy día, a pesar de conocer los efectos de la clorpromazina y de los fármacos que la siguieron, el número de personas diagnosticadas de psicosis se ha multiplicado por cinco.

Los años sesenta también fueron testigo de cambios significativos en la legislación sobre fármacos, en la que se empezó a requerir que se especificaran los principios activos de cada nuevo agente químico, los resultados que se esperaban conseguir y el período de ingesta para conseguir estos resultados. Esto trató de aumentar la precisión, aunque de forma superficial. Los fármacos tenían que pasar costosas pruebas para demostrar que eran más efectivos que un placebo y que funcionaban mejor que otros fármacos utilizados en el mismo grupo de pacientes meta. Asimismo, las enfermedades que afirmaban tratar tenían que tener un perfil bien definido. En este escenario, los historiadores de la psiquiatría están de acuerdo en que la industria farmacéutica fue la que, en gran medida, creó las nuevas categorías diagnósticas. Con cada nueva categoría aparecía una nueva medicación, creando nichos de mercado.

Este cambio tuvo una consecuencia notable, pronosticada por los historiadores con una presciencia asombrosa. Los fármacos actuaban en los síntomas visibles y negativos de la psicosis y, con el paso del tiempo, la «enfermedad» real que en teoría debían curar quedaba redefinida en términos de los efectos de los fármacos. En lugar de considerar el fármaco como la llave que abría la puerta de la enfermedad, la enfermedad se definía como cualquier cosa en la que encajara la llave, como en el caso del zapato de Cenicienta.

Uno de mis pacientes tuvo que visitar a un psiquiatra hace poco, y al final de la consulta le preguntó por su diagnóstico. El psiquiatra le dijo que tenía que esperar a ver cómo respondía a los fármacos. Esto es exactamente lo que los historiadores predijeron que iba a ocurrir. Como señala el antropólogo Andrew Lakoff, en vez de preguntar: «¿Es éste un caso de desorden bipolar o de esquizofrenia?», la pregunta sería «¿Es éste un perfil que responde al litio o a la olanzapina? Los fármacos habían llegado a definir la enfermedad: se trataba más de encontrar una enfermedad que encajara con el fármaco que de encontrar un fármaco que encajara con la enfermedad.

Esta nueva visión de los fármacos, y su capacidad para determinar lo que se consideraba la enfermedad, cambió la dirección de la investigación exactamente hacia los síntomas sobre los que se veía que actuaban los fármacos. Esto suponía desatender las formas silenciosas de locura que interesaban tanto a los primeros psiquiatras, ya que la mayoría de esos casos no mostraba síntomas visibles y no requería medicación. Seguro que la mayoría de los profesionales hoy en día no diagnosticarían como psicóticos los casos que los primeros psiquiatras —y los lacanianos actuales— tomaron por psicosis que no se habían desencadenado, por el simple hecho de que se les había enseñado a ver la psicosis como otra cosa: una serie limitada de fenómenos vinculados a respuestas visibles.

Las discretas paranoias que tanto fascinaron a Gaupp y a otros psiquiatras europeos han sido en gran parte olvidadas en esta reescritura de las categorías diagnósticas como un conjunto de problemas de química cerebral de índole biológica. A causa del aparente éxito de los fármacos, la psiquiatría perdió interés en los cambios y evoluciones que podía sufrir una psicosis sin medicación, y en los mecanismos de restitución que podía construir. Estudios a corto plazo reemplazaron los veinte —y treinta— años de estudio de los profesionales de más edad, teniendo menos oportunidades para observar cómo los individuos daban con sus propias soluciones y formas de estabilizar la psicosis a lo largo de los años, e introduciendo nuevos peligros.

Al embotar las capacidades mentales de los individuos, los tratamientos farmacológicos comprometían la capacidad del sujeto psicotico para construir sus propias defensas contra la experiencia de la locura. Una vez que vemos la psicosis como un trabajo que requiere construcción y creación, hay un riesgo grave y real de que el uso de fármacos a largo plazo lo ponga en peligro de modo irreparable. Y, de hecho, algunos estudios han puesto de manifiesto un declive progresivo en la mejora de los pacientes durante los últimos cuarenta años más o menos, como si la narcotización de la psique del paciente bloqueara la producción de procesos de estabilización genuinos y

duraderos. Irónicamente, las percepciones públicas de la psicosis tienden a equiparar los efectos secundarios reales de la medicación antipsicótica —salivación excesiva, movimientos espasmódicos, aletargamiento extremo— con los síntomas primarios de la propia psicosis.

El éxito aparente de los fármacos contribuyó a que se desviara la atención de los procesos mediante los cuales un paciente podía mejorar sin medicación. Cada vez hay menos estudios sobre cómo los pacientes pueden encontrar el equilibrio con el paso del tiempo. La medicalización de la locura y el desarrollo de los servicios de salud nacionales alrededor de la gestión y la burocracia provocaron que la locura acabara siendo considerada sólo como un problema médico que debía tratarse con fármacos. Gradualmente, se retiraron los fondos de muchos proyectos innovadores y progresivos con el fin de crear entornos terapéuticos para sujetos psicóticos. Las horas de consulta entre psiquiatra y paciente también se redujeron radicalmente, un hecho que tendría consecuencias catastróficas tanto para la teoría como para la terapia de la psicosis. Actualmente, en muchos países las horas de consulta por paciente son vergonzosamente escasas; en algunos casos, la media es entre una hora y una hora y media al año.

La preponderancia de la percepción medicalizada de la psicosis se muestra perfectamente en la página web de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría, en la que, hasta 2008, se veían fotografías de psiquiatras estudiando imágenes de la TC cerebral de un paciente, la mayoría vestidos con batas blancas o pijamas verdes. Esta era la psiquiatría científica suprema con la que muchos habían soñado, con el paciente reducido a un cerebro y a objeto del escrutinio profesional de los psiquiatras. Pero, como señala Richard Bentall, aparte del hecho obvio de que no tiene mucho sentido que un médico que no tiene contacto físico con pacientes lleve una bata blanca, los únicos psiquiatras que llevaban pijamas verdes eran los que hacían leucotomías prefrontales, «un procedimiento que la profesión se ha dado prisa en olvidar».

* * *

Hacia finales de los setenta, la locura se identificaba cada vez más con sus síntomas visibles, aquellos que los medicamentos identificaban como su objetivo. Naturalmente, este hincapié en la visibilidad se tradujo en que pudieran entrar en escena una gran cantidad de prejuicios y juicios de valor. A principios del siglo xx, Pierre Janet dijo que, por regla general, un paciente rico recibiría un diagnóstico menos «grave» que uno supuestamente pobre, y posteriormente, en una serie de conocidos experimentos, se descubrió que las personas

aquejadas de pensamientos e ideas extrañas que iban bien vestidas y que se expresaban bien tenían más posibilidades de que se les considerara simplemente excéntricas que si iban andrajosas y eran malhabladas, aunque sufrieran exactamente de los mismos síntomas. Estos últimos individuos tenían más posibilidades de que se les diagnosticase esquizofrenia, se les ingresara en un hospital y se les administrara medicación.

En su famoso estudio, el profesor de psicología David Rosenhan dispuso que ocho personas «cuerdas» —tres psicólogos, un pediatra, un psiquiatra, un pintor, un ama de casa y el mismo Rosenhan— consiguieran ser ingresadas en doce hospitales estadounidenses distintos. Ninguno de ellos presentaba ningún síntoma, pero Rosenhan les pidió que, al intentar que les ingresaran, se quejaran de oír voces que repetían las palabras «vacío», «hueco» y «golpe». Después, cuando las ingresaban, sencillamente debían comportarse como siempre e informar de que no habían vuelto a oír voces. Resultó ser mucho más fácil de lo que esperaban. Todos menos uno fueron ingresados con el diagnóstico de «esquizofrenia», y todos fueron dados de alta con el diagnóstico de «esquizofrenia en remisión» tras pasar en el hospital entre una semana y casi dos meses. Se les recetaron casi 25100 pastillas de muchos tipos de fármacos diversos. Sorprendentemente, el personal del hospital no pareció darse cuenta de que eran «pseudopacientes», pero los internos a menudo sí desconfiaban. Gomo dijo uno de ellos: «Tú no estás loco. Eres periodista».

Tras dar a conocer estos primeros hallazgos, Rosenhan informó al personal de un importante hospital clínico universitario de que realizaría el experimento otra vez en algún momento de los siguientes tres meses. Se pidió al personal que puntuara los ingresos de acuerdo a una escala de probabilidad de que los enfermos fueran pseudopacientes. Ochenta y tres pacientes fueron considerados como tal por uno o más miembros del personal cuando Rosenhan, continuando con el engaño, no había enviado a nadie al hospital. Sin embargo, se habían hecho todos esos diagnósticos. Sin querer negar la gravedad de la problemática mental, su estudio había cuestionado la presunción de que los cuerdos podían diferenciarse claramente de los locos.

Esta variabilidad se reflejaba no sólo en términos de estatus económico, como observó Janet, sino también de diversidad cultural. Secuencias filmadas de un paciente y analizadas por psiquiatras estadounidenses y británicos dieron como resultado diagnósticos radicalmente distintos. Los estadounidenses eran el doble de proclives a diagnosticar esquizofrenia que sus compañeros británicos. Una serie de estudios en los años sesenta y setenta mostró resultados similares. Una joven que sufría síntomas leves de ansiedad, depresión y

frustración, producto de sus aspiraciones de convertirse en actriz, fue diagnosticada con esquizofrenia por un tercio de los psiquiatras estadounidenses que vieron el vídeo, y no por parte de los británicos, que prefirieron términos como «emocionalmente inestable». Los británicos eran, en general, menos proclives a diagnosticar una patología que sus homólogos estadounidenses, con una excepción: tendían a diagnosticar trastorno maníaco-depresivo con mucha más frecuencia. Uno no puede evitar imaginarse a los inmutables psiquiatras británicos fumando en pipa y diagnosticando la única patología que provoca que los individuos hagan más esfuerzos por comunicarse, rompiendo el decoro de la distancia cultural y la modestia que la «nación de ermitaños» descrita por Stendhal tanto valoraba.

Era obvio que las distintas culturas y tradiciones diagnosticaban de modo diverso. La globalización de las categorías psiquiátricas todavía no se había producido. Cuando esas diferencias se propagaron, se afianzó la búsqueda de un sistema de diagnóstico de salud mental completamente «objetivo», aprovechando el impulso proporcionado por la nueva legislación sobre fármacos. Para que los mercados no se limitasen a regiones geográficas específicas, las nuevas categorías clínicas tenían que funcionar a nivel internacional, y los mismos síntomas debían dar lugar a los mismos diagnósticos en distintas partes del mundo. El énfasis en los síntomas superficiales —rasgos externamente clasificables de comportamiento e incluso de atuendo que, en teoría, trascenderían a los prejuicios del investigador— redefiniría una gran parte del trabajo de la psiquiatría. De hecho, centrarse en los síntomas externos suponía minimizar la propia experiencia del individuo: lo que importaba era qué síntomas tenía y no tanto cómo procesaba esos síntomas, que hacía con ellos, cómo estos síntomas le conferían un sentido —o no— a su experiencia.

El sistema de clasificación *DSM* que surgió en este escenario consolidó el énfasis en la superficialidad y la visibilidad. Se venden cientos de miles de copias de cada edición de este libro, que tiene un impacto enorme en la práctica psiquiátrica y en los estudios de medicina en todo el mundo. Considerado por muchos como criterio de referencia, enumera trastornos mentales y explica cómo diagnosticarlos. El trastorno se define sobre todo en términos de comportamiento, utilizándose los aspectos visibles y externos de nuestras vidas para definir categorías clínicas. En lugar de considerar la timidez y el nerviosismo como síntomas de una categoría clínica subyacente por descubrir, éstos se convierten en una categoría clínica en sí misma: fobia social.

Para cada una de las llamadas «enfermedades mentales», el *DSM* enumera una serie de síntomas visibles, así, si tienes cinco o seis de

diez, ya sabes cuál es el diagnóstico. Uno de los síntomas de la lista de rasgos definitorios del trastorno de personalidad esquizoide, por ejemplo, es «llevar ropa manchada de tinta». Lo absurdo de esta definición externa y conductual se complica cuando nos percatamos de que forma parte de un sistema diagnóstico que, si bien otorga subsidios que cubren el seguro y el tratamiento de algunas personas, limita y segmenta a otras, lo cual tiene un impacto significativo en sus vidas. Como veremos más tarde, incluso es posible que este mismo énfasis en utilizar rasgos externos de comportamiento para definir a los seres humanos sea en sí mismo un síntoma de psicosis.

La idea de causalidad psíquica compleja o incluso de vida interior ha desaparecido. Para el *DSM*, sólo existen dos tipos de causas: las biológicas y las relacionadas con el estrés. Los nuevos diagnósticos se hacen basándose en síntomas superficiales que un observador podría clasificar rápidamente, y no en estructuras invisibles que sólo pueden diagnosticarse de forma responsable tras un período considerable de tiempo. Como dijo un psiquiatra estadounidense, utilizar el cada vez más popular sistema de diagnóstico del *DSM* era como intentar cortar el pavo de Acción de Gracias en función de sus plumas y no de su estructura ósea.

Este cambio radical fue irónicamente extraño. Las concepciones populares de la locura daban preponderancia a conductas que, al fin y al cabo, no tenían sentido: comentarios raros en mitad de una conversación, delirios, cambios repentinos de humor. Lo que caracterizaba la locura era que rompía con el comportamiento convencional esperado; en otras palabras, se apartaba de lo que comprendíamos. Seguramente se pueda pensar que esto implicaba que el estudio de la locura debería comenzar con la cuestión de su significado. Pero el significado y la experiencia interior del sujeto psicotico importaban cada vez menos en este nuevo paradigma basado en los síntomas. Un estudio reciente sobre las publicaciones de *Medline* a propósito de la esquizofrenia mostraba que sólo el 0,17% de los artículos trataba de la experiencia subjetiva del paciente.

La influencia del *DSM* ha sido enorme, y quizá la erosión más importante de los antiguos valores en psiquiatría ha sido el desmoronamiento de la diferencia entre síntoma y estructura. Cualquiera puede tener un tic, una fobia o un desorden alimenticio, pero debemos estudiar con detenimiento qué lugar ocupa eso en la vida de ese individuo. Si una adolescente deja de comer, por ejemplo, puede que averigüemos que es porque está fantaseando con un compañero de clase: quizá imagine que cuanto más delgada esté, más le gustará. Pero, en otro caso, puede que se niegue a comer porque crea que la comida está envenenada, o porque percibe su cuerpo como un agujero que nunca se llena. Tratar estos casos del mismo modo

sería desacertado, y un diagnóstico de anorexia sería profundamente inútil, ya que equipararía los síntomas superficiales —el rechazo a la comida— con el mismo desorden, en vez de considerar uno como síntoma del otro. El sistema previo al *DSM* habría considerado la anorexia como un síntoma de una categoría diagnóstica subyacente, en vez del constitutivo de una en sí mismo.

La identificación de conductas superficiales en trastornos borra la diferenciación entre superficial y profundo, y, naturalmente, genera cada vez más categorías clínicas: cada aspecto de la condición humana puede convertirse en un trastorno. En cambio, una conducta superficial conformista puede esconder un serio problema subyacente. Piensen, por ejemplo, en el caso de Harold Shipman. Asesinó a más de 350 personas, aunque ejerció durante años como médico respetado, ganándose la admiración de la comunidad a la que atendía. Pertenecía a asociaciones municipales y asistía a todas las actividades de desarrollo profesional que se organizaban en su campo. Estaba al tanto de las últimas investigaciones médicas y su consulta era muy concurrida. Era amable, considerado y sabía escuchar. Pero, al mismo tiempo, estaba exterminando cuidadosamente a muchos de sus pacientes. Guando los psiquiatras lo examinaron, fueron incapaces de encontrar indicios claros de «enfermedad mental».

Lo absurdo de este resultado debería hacernos comprender que el sistema diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales del *DSM* es para enloquecer. Que Shipman no tuviera ninguno de los síntomas visibles de locura que vemos representados en las películas y enumerados en los manuales psiquiátricos para un público mayoritario no significa que no estuviera loco. Y, de hecho, es precisamente la locura en la que se centraba la tradición psiquiátrica de los primeros tiempos, que examinaba su discreción, la que nos ayuda a establecer con exactitud la psicosis de Shipman e indica lo que puede haber desencadenado y provocado estos homicidios. Lo que importa, como veremos, es desenterrar la lógica de lo que los sujetos psicóticos cuentan de su experiencia.

En este caso, el diagnóstico no se puede hacer basándonos en la conducta externa y los rasgos superficiales, sino, al contrario, en cómo se expresa el individuo con el lenguaje. Puede que un adolescente que ha crecido en el seno de la cultura católica sea testigo de una aparición de la virgen una mañana en la iglesia, pero eso en sí mismo no nos dice nada. Que se trate o no de una alucinación genuina depende, como señaló Esquirol, de cómo se interprete esa visión, del significado que esa persona le confiera en su discurso: ¿lo interpretará como una señal dirigida a él o como el resultado accidental de una noche sin dormir o de un estado de confusión?

Si reconocemos este hecho, la locura nunca puede quedar reducida

a síntomas externos y llamativos. El pensamiento no se percibe como desordenado, sino que goza de un rigor que, de hecho, puede no darse en los «cuerdos». El diagnóstico no puede hacerse según una clasificación externa de la conducta, sino sólo escuchando lo que la persona tiene que decir sobre lo que le ha sucedido en la vida, tomando en serio la postura que adopta al contárnoslo, la lógica que ellamisma ha desarrollado. En esta tradición, la normalidad y la locura se parecen más de lo que se diferencian. Pero, entonces, ¿qué es la locura? ¿Qué conceptos necesitamos para definirla? Y si la locura no es contraria a la normalidad, ¿cuál sería su opuesto?

Para continuar, tenemos que presentar algunas ideas psicoanalíticas básicas. Esto nos va a permitir avanzar en nuestra investigación sobre la particularidad de la psicosis: qué es, de dónde viene y qué formas puede adoptar. El punto de partida más sencillo es el concepto de defensa. En sus primeros trabajos de la década de 1890, Freud sostuvo que la mayoría de los aspectos del sufrimiento humano están relacionados con el modo en que nos defendemos de los pensamientos o de las imágenes que nos perturban. Si hemos tenido una experiencia traumática o un pensamiento desagradable, solemos hacer algo al respecto. No podemos limitarnos a mantenerlos en la conciencia, donde seguirían afectándonos, así que los transformamos. El modo más evidente de hacerlo es, sencillamente, olvidar que ha ocurrido. Optamos por la amnesia cuando recordar algo nos resulta insoportable. Todos estamos familiarizados con este mecanismo en lo cotidiano, cuando borramos un disgusto o una discusión de nuestra memoria rápidamente.

Aunque en general somos capaces de recordar una discusión cotidiana sin mucho esfuerzo, Freud sostenía que no es tan fácil acceder a los traumas más arraigados o a los pensamientos más perturbadores. Los hemos enterrado a tanta profundidad que no van a aparecer solícitamente cuando los busquemos. Para que podamos encontrarlos, sin embargo, nos van dejando pistas cuando, en lugar del recuerdo olvidado, aparece un síntoma, como un fantasma que siempre vuelve. Puede tratarse de una fobia, un tic, una jaqueca, un pensamiento obsesivo, una parálisis o cualquier otra forma de intromisión mental o física en nuestras vidas. A menudo sin explicación médica, el síntoma nos molesta, pero no comprendemos qué lo ha motivado.

En uno de los ejemplos que pone Freud, explica que su paciente Emma desarrolló una fobia que le impedía entrar en las tiendas sola. Ella asociaba este hecho con un recuerdo de cuando tenía doce años: había ido a una tienda y había visto a dos dependientes riéndose. Salió de allí corriendo, pensando que los hombres se habían reído de su ropa y que se había sentido sexualmente atraída por uno de ellos. Un segundo recuerdo surgió a partir del primero. A la edad de ocho años fue en dos ocasiones a la tienda de golosinas y, en una de ellas, el tendero le tocó los genitales por encima de la ropa. Aunque esto sucedió en su primera visita, volvió a la tienda una segunda vez.

Relacionando las dos escenas, se dio cuenta de que la risa de los dependientes del recuerdo más reciente había evocado la sonrisa del tendero del recuerdo anterior. Sin embargo, no tenía presente nada de esto cuando sintió miedo a estar sola en las tiendas hasta que no terminó de desenterrar y conectar estos recuerdos. Sólo era consciente de que tenía algo que ver con su ropa.

De este modo, el síntoma —su fobia— actuó como un recordatorio de las escenas traumáticas, de las que no se había acordado hasta que Freud la psicoanalizó. Este mecanismo de defensa —lo que Freud llamó «represión»— caracterizaba la neurosis y era por lo que, en su opinión, la mayoría de nosotros tiene muy pocos recuerdos de la infancia. El trágico hecho de ser separados de nuestras madres y de que se frustren nuestras pueriles necesidades de amor hace que coloquemos una red de amnesia sobre nuestros primeros años de vida. Los pocos recuerdos que tenemos, que a menudo parecen triviales e inocuos, son como pantallas, tras las cuales se esconden experiencias importantes y dolorosas que somos incapaces de recordar directamente.

Para Freud, la amnesia no era el único mecanismo de defensa. También existía una represión que operaba por desplazamiento, transfiriendo la carga emocional de un acontecimiento a cualquier detalle pequeño y contingente. Volviendo al ejemplo de la tienda de golosinas, sería como si en realidad la persona fuera capaz de recordar perfectamente todo lo ocurrido: podría describir al tendero, el abuso sexual y la huida de la tienda, pero sin intuir la importancia de lo ocurrido. E, incluso, podría sentir pavor ante el hecho de que las puertas no estuviesen bien cerradas y pasarse el día comprobando que todas las puertas de su casa quedasen perfectamente aseguradas. El síntoma —su obsesivo ritual de comprobar todas las puertas— no parece guardar relación directa con el recuerdo, que se describe como cualquier otro. Pero la carga emocional y traumática de la escena se ha desplazado al detalle de la puerta, quizá evocando la puerta que la persona utilizaba para entrar o salir de la tienda.

Desde el punto de vista clínico, a menudo es difícil localizar los recuerdos significativos, porque puede que se describan sin emoción, como si nada importante hubiera ocurrido. Hay que seguir los hilos que conectan el síntoma con el recuerdo y, en este proceso, a veces las personas comprenden lo que esos acontecimientos significaron para ellos en ese momento. Los médicos se topan con estas situaciones a diario, cuando le preguntan a sus pacientes si les ocurrió algo importante en el momento en el que apareció algún síntoma físico. Tras una respuesta negativa, puede que sea necesario hacer preguntas más precisas, para que salga a la luz que se ha producido una pérdida, una ruptura o algún acontecimiento claramente relevante en ese

momento que la persona se ha limitado a apartar de su mente.

Estas dos formas de represión —represión por vía de la amnesia y represión por vía del desplazamiento— caracterizan las dos formas principales de neurosis: la histeria y la obsesión. Están presentes en la vida cotidiana, aunque el mecanismo de defensa obsesivo puede llamar menos la atención, ya que la persona no suele quejarse. Los síntomas histéricos, por el contrario, pueden resultar más escandalosos si cuentan con un testigo, ya sea un médico, un compañero, la familia o amigos. Los síntomas de la histeria y la neurosis obsesiva suelen constituir formas de hacer una pregunta, una pregunta sobre la propia sexualidad o la existencia. Tras la fobia de Emma de entrar sola en las tiendas, quizá se escondía la pregunta de qué significa ser el objeto sexual de un hombre.

Una de mis pacientes presentaba el síntoma de mantener relaciones con hombres que no se decidían con respecto a ella; cuando estaba con ellos, decía: «Nunca sé dónde estoy». Huía de los hombres que estaban claramente interesados en ella. Se dio cuenta de que su síntoma era una forma de preguntar constantemente: «¿Qué soy para ti?», una pregunta que no podía hacer si el cariño de su compañero era inequívoco. Si no existe una solución sencilla a los dilemas de la sexualidad o la existencia en nuestras vidas, podemos pasarnos mucho tiempo haciendo estas preguntas de muchas maneras distintas. Que mi paciente pasara de una relación a otra era una manera de investigar su feminidad. A menudo nos topamos con problemas de transmisión de la feminidad o la masculinidad de una generación a la siguiente: a la madre se le acusa de no transmitir una identidad femenina a la hija o de no ser lo suficientemente femenina ella misma; al padre, de no iniciar al hijo en la vida adulta, de contradecir sus propios ideales, etc.

Pero, ¿qué pasaría si los síntomas de un individuo resultaran no ser tanto una forma de hacer una pregunta, sino de imponer una solución? Esta es una de las diferencias fundamentales entre la neurosis y la psicosis. En el caso de Helene Renner, descrito por Ernst Kretschmer, la joven se sentía atraída por uno de sus compañeros masculinos. Tenía un estricto código moral y se resistía a estos impulsos sexuales. Haciendo lo posible por reprimir estos pensamientos, se mostraba muy reservada con él, aunque notaba que, de algún modo, él también estaba interesado en ella. Se sentía herida si él hablaba con otras chicas en la oficina y se dio cuenta de que ni siquiera podía mirarle a los ojos cuando estaban sentados uno frente al otro; luchó contra esta mezcla de atracción y repulsión durante un período de tiempo considerable. Entonces empezó a pensar en una experiencia anterior, cuando su tío, en cuya casa todavía vivía, se había metido en su cama contra su voluntad cuando tenía doce años. No había ocurrido nada, pero a ella le había preocupado quedarse

embarazada y se había hecho reproches que la torturaron. A consecuencia de esos deseos eróticos que ahora tenía, se convenció de que debía de ser una criatura diabólica.

Empezó a pensar que la gente se percataba de su apariencia lujuriosa, y la idea de que podía estar embarazada volvió a apoderarse de ella. Confiarse a su tía no la ayudó y, de hecho, ésta perdió la paciencia, cuando hablaron junto a una ventana que estaba abierta y ella sintió que ya no había remedio. Empezó a pensar que la gente la miraba por la calle y a escuchar comentarios que hacían referencia a su embarazo. Aunque sabía que estar embarazada iba en contra de todas las leyes de la naturaleza, se preguntaba si alguien no le habría introducido semen con una aguja mientras dormía. Las conversaciones que escuchaba en la oficina también empezaron a referirse a ella y oía cosas como: «Es mala», «Qué cerda».

Comenzó a tener miedo de que la policía fuera a su casa a arrestarles a ella y a su tío. Los periódicos parecían aludir a sus pecados, revelando cada día algo más sobre ella. «Poco después —comentó—, todo parecía referirse a mí hasta el punto de que ya no podía escuchar ninguna conversación, o leer nada en los periódicos, que no fueran acusaciones dirigidas a mí». La vuelta a su antiguo trabajo y a su ciudad natal supusieron una mejora, aunque las cosas empeoraron cuando la obligaron a trabajar con otras personas. Un día vio un ladrillo con la inscripción «1906», y lo interpretó como una referencia a la fecha en la que se encaprichó con el joven de su oficina. De otras señales dedujo que la policía había puesto en marcha una máquina para leerle el pensamiento y, posteriormente, que los impulsos sexuales que sentía se los imponían otras personas.

Este caso parece muy distinto al de Emma. El contenido sexual de los pensamientos no está reprimido, sino que se atribuye a otros. Es como si el mundo entero supiera algo de ella y la recriminara por su perversa sexualidad. Si el síntoma de ser incapaz de entrar sola en una tienda era opaco para Emma, en el caso de Helene era transparente: evitaba los espacios públicos porque allí todos sabían que estaba embarazada y era una mujer de dudosa moral. Si Emma hubiera tenido la idea inconsciente de un embarazo vinculado al abuso sexual, quizá le habría crecido la tripa o tendría dolor de espalda, o cualquier otro síntoma relacionado con el embarazo. La idea real de embarazo, sin embargo, no entraría en el consciente, sino que permanecería reprimida. Con la paciente psicótica de Kretschmer, al contrario, la idea del embarazo estaba en la superficie, tan clara como el agua.

* * *

¿Cómo explicar la diferencia entre la neurosis y la psicosis? Freud creía que el mecanismo de defensa de la psicosis es mucho más fuerte, como si el pensamiento perturbador se separara con tanta fuerza del consciente que volviera desde el exterior. La represión, después de todo, es siempre parcial: deja una estela de síntomas, que puede ser de utilidad posteriormente para localizar el material reprimido. Pero la psicosis, para Freud, lleva implícito un proceso más radical. Las ideas o experiencias perturbadoras no sólo se olvidan o desplazan su carga emocional, sino que se suprimen totalmente. La persona actúa como si esas ideas no existieran, como si hubieran sido desterradas de la psique. Como indicó Freud en 1894: «El ego rechaza la idea incompatible junto con el afecto asociado a ella, y se comporta como si al ego nunca se le hubiera ocurrido la idea. Pero desde el momento en que esto se lleva a cabo con éxito, el sujeto sufre de psicosis».

Para Freud, la clave no estribaba en el contenido de la idea perturbadora, sino en el mecanismo de su rechazo —*«Verwerfung»,* un término traducido por Lacan como «forclusión»—. En uno de los ejemplos de Freud, una mujer elaboró la idea paranoide de que sus vecinos comentaban sus relaciones con un hombre que tenía como huésped en su casa. En realidad, hubo un encuentro sexual con él, que ella negó con posterioridad, empeñándose en que el reproche venía de las personas de su entorno. En opinión de Freud, se había ahorrado el primer reproche de ser una «mala mujer» imputándolo a algo que venía de fuera. Había tenido que aceptar su juicio interior, pero podía rechazar el que venía del exterior.

Hay algo incuestionable en este proceso. En realidad, los pensamientos que la persona rechaza no pueden describirse como perturbadores o desagradables, ya que esto implicaría algún tipo de meditación. La idea de Freud es que estos pensamientos en realidad son impensables, ya que nunca han sido adecuadamente registrados en nuestra mente. Esto implicaría que la persona no puede hacerse responsable de ellos: simplemente, llegan desde el exterior, atribuidos a otros. En un caso descrito por Henri Flournoy, una mujer de sesenta y tantos años se convenció de que un tal Dr. C estaba tramando algo contra ella. El médico enviaba emisarios para perseguirla y controlaba su cuerpo mediante «descargas para hacerla perder el juicio», que ella notaba cuando él estaba cerca. Estas sensaciones físicas se debían a su influencia externa, ya que la había «hechizado». De hecho, la había tratado un año antes por varices, y ella decía que sentía «calor», como si estuviera «rodeada de llamas», «un calor que me subía hasta la cabeza, como si me estuvieran oprimiendo el pecho y la espalda. Nunca antes en mi vida había sentido algo parecido». Cada vez que la visitaba, ella tenía esa sensación, esa «sacudida»: «sintiéndome así, pensé que una mujer joven podría enamorarse fácilmente de él en

cualquier momento». Desde ese instante, pensaba que él la perseguía, que la vigilaba, y también que su hijo sospechaba que ella era la amante del médico.

Las descripciones del «calor» y las sensaciones físicas obviamente evocaban una respuesta erótica, pero, incapaz de asumirlas subjetivamente, las atribuía sistemáticamente a algo externo: las sensaciones no eran el resultado de los aspectos de su propia sexualidad, sino del hechizo del médico. Aquí, pueden compararse los lapsus neuróticos y las alucinaciones psicóticas. Cuando los neuróticos tienen un lapsus, se sienten avergonzados y responsables, porque reconocen que el lapsus viene del interior. Pero en la alucinación psicotica, el elemento perturbador llega del exterior: no somos nosotros, es el Otro. No viene del «interior», sino del «exterior»: no se trata de nosotros hablando a nuestro pesar, como en el lapsus del neurótico, sino del Otro hablándonos directamente.

Para Freud, una idea se proyecta hacia fuera, o se separa de un modo radical y que no compromete, y de esta forma la persona es totalmente incapaz de reconocer que el origen puede estar en ella. Existe una especie de imposibilidad para asimilar la idea rechazada. La persona puede admitir que el origen está en ella, pero sólo presuponiendo una división de su propio yo: no soy yo, se trata de un proceso biológico ajeno que ocurre dentro de mí. Charles Melman describe el caso de un joven que sufría de alucinaciones auditivas, voces que comentaban sus pensamientos y sus actos, antes incluso de que ocurrieran, y que entablaban con él un extraño diálogo. Las voces, contaba, hablaban con un lenguaje muy sofisticado, utilizando términos que él ni siquiera conocía. Tuvo que consultar un diccionario para buscar el significado de palabras como «psicomotor», «existencial», «alucinosis» y «materia gris». Pero ¿quién hablaba?, preguntó Melman. La respuesta del joven fue categórica: «Mis neuronas», dijo. «Mi cerebro, sé que soy yo,» y después preguntó, «¿Puede el cerebro estar dividido?». Aunque admitía que su yo era el *«locus»* de los fenómenos que habían invadido su vida, seguía designándolos como externos, como si vinieran de fuera, en forma de un cerebro dividido.

La represión opera en cosas que ya están simbolizadas y estructuradas, que ya han sido pensadas, pero este mecanismo más extremo de forclusión no admite la primera fase de integración. El elemento rechazado nunca ha sido aceptado en el universo mental de la persona, como si no hubiera posibilidades de simbolizarlo. Es como si se tratara de un significado no asimilable, algo que no puede pensarse. Sin un lugar en el inconsciente, permanecerá como un espacio en blanco en los procesos de pensamiento de la persona, o, en algunos casos, volverá del exterior como una alucinación, sin estar

asociado a ninguno de los sentidos. Así, no es extraño que la persona utilice cualquier conocimiento del que disponga para explicarlo: neuronas cerebrales, ondas de radio, una máquina instalada por la policía, etc.

Un ejemplo clínico puede ilustrar este proceso. Una mujer empezó a tener el delirio de que un colega del trabajo la estaba envenenando. El se sentó a su lado durante una reunión larga, tosiendo y resollando, y cuando ella empezó a sentirse mal unos pocos días después, asumió que él la había contagiado deliberadamente. Ahora, dijo, «hay algo que crece dentro de mí», algo que «él ha puesto ahí». Se imaginó el virus expandiéndose incontrolablemente por el interior de su cuerpo y, finalmente, reventándole el vientre. En su infancia y adolescencia, su madre nunca le dijo una palabra acerca del aparato reproductor femenino: era como si la menstruación simplemente no existiera, y como si su cuerpo no tuviera un interior sexuado. Su madre incluso le quitaba las semillas a las uvas, como para negar que tuvieran la capacidad de reproducirse. Incapaz de contemplar un embarazo, la idea volvió a ella en forma de delirio: un hombre introducía un elemento tóxico en su cuerpo que crecería y saldría de ella.

Este proceso psicotico consiste no sólo en el rechazo de una idea, que acaba volviendo desde el exterior, sino también en una transformación, una inflexión que hace que la defensa sea más efectiva. En el caso de la mujer descrito por Flournoy, sus primeros delirios cambiaron de forma: poco después, era su nuera la que deseaba al médico, siendo sus propias sensaciones físicas las que experimentaba su nuera cuando el médico se acercaba. De este modo, rechazó lo que claramente eran sus propios deseos hacia el médico, atribuyéndoselos primero a él y después a su nuera, sin asumir la responsabilidad ella misma. En lugar de reconocer que ella quería perseguirlo, estaba segura de que él la perseguía. No era capaz de asimilar sus sentimientos, pero en lugar de reprimirlos, los expulsaba con fuerza de su mente, y éstos regresaban en forma de delirio. La segunda forma de delirio la hacía todavía menos partícipe: ella ya no estaba implicada en absoluto, sólo su nuera, y como sabía la verdad sobre esta última, la perseguían y la espiaban.

* * *

Si el modo en que un paciente experimenta la realidad puede cambiar tan repentina y radicalmente, es imposible no preguntarse cómo debe de estar hecho este mundo que puede llegar a transformarse tanto. Si bien Emma era capaz de evitar una parte de su realidad al no entrar sola en las tiendas, los pacientes de Kretschmer y Flournoy estaban convencidos de que el mundo entero hablaba de ellos, de que los

periódicos e incluso los ladrillos les enviaban mensajes. ¿Qué tipo de mundo podía sufrir una metamorfosis tan extraña y aterradora?

A medida que la realidad se descompone en determinados momentos de psicosis, encontramos indicios de cómo se armó y fue construida. Los cotilleos de los vecinos, las alusiones por la calle, los comentarios en los periódicos, las neuronas parlantes y el ladrillo que envía mensajes, todo indica que el mundo ha empezado a hablar. Todo en la realidad de esa persona se ha convertido en una señal que le informa, le susurra, le habla; si la realidad antes era silenciosa, ahora no puede dejar de hablar. Y el hecho de que esto sea posible, ¿no indica acaso que la realidad está hecha, en parte, de lenguaje?

En lo que la psiquiatría llama «automatismo mental», una persona puede sentir que cada uno de sus actos o pensamientos es retransmitido por una voz interna o externa, como una especie de comentario continuado de su existencia. «Ahora ha ido a la tienda, ahora está comprando el periódico...». A veces este lenguaje no tiene un contenido preciso: la persona es consciente de que le hablan sin parar, pero no tiene ni idea de lo que le están diciendo exactamente. Sólo hay un murmullo o susurro incesante, que con el tiempo puede llegar a interpretarse como un peligro o una amenaza. Esto nos muestra al lenguaje actuando por su cuenta, como si estuviera separado de nuestra experiencia cotidiana del mundo. Ha empezado a funcionar de forma autónoma.

En algunos casos, la unión de las palabras a la realidad se disuelve. Lo describe conmovedoramente Renée, la paciente adolescente de Marguerite Sechehaye diagnosticada con esquizofrenia, que tras una larga terapia consiguió salir del hospital, labrarse una carrera en algo que le interesaba, y escribir el relato de su experiencia. En este extraordinario texto cuenta cómo se fue deshaciendo el significado de las palabras: «Una silla se cruzó ante mis ojos, después una mesa; también estaban vivas, reivindicando su presencia. Traté de escapar a su control llamándolas por su nombre. Dije «Silla, jarra, mesa, eso es una silla». Pero la palabra sonaba hueca, desprovista de todo significado: había abandonado el objeto, se había separado de él, tanto que, en un lado, había un objeto viviente y burlón y, en el otro, un nombre privado de sentido, un sobre vacío de contenido. Tampoco era capaz de juntar los dos, pero me quedé plantada frente a ellos, rebosante de miedo e impotencia». El lenguaje de la realidad se desmorona, y nos enfrentamos con el espacio que separa el significante —las palabras de Renée—y el objeto.

Estos ejemplos muestran cómo el lenguaje puede separarse del control consciente o, literalmente, desintegrarse, como le ocurrió a Renée. Indican que lo que solemos entender como realidad de hecho consta de varios niveles: ladrillos, periódicos, mesas y sillas pueden

perder su significado cotidiano y pasar a ser enigmáticos y amenazadores. Perder su significado cotidiano implica que el significado no es intrínseco: son lo que llamamos «significantes», y pueden desconectarse de sus sentidos habituales, llamados «significados». La realidad conlleva una soldadura de significante y significado, para que no tengamos que preguntar constantemente qué significan las cosas. Pero en la psicosis, en determinados momentos, estas dimensiones se desmoronan, por motivos que examinaremos más adelante.

El lenguaje, por supuesto, no lo es todo, y la psicosis también arroja luz sobre otra de las hebras de las que está hecho nuestro mundo. Hay casos en los que las visualizaciones parecen tener vida propia, y se experimenta una disociación total entre uno mismo y la imagen que uno tiene de sí. Una mujer esquizofrénica describió cómo, tras su matrimonio, instaló un espejo en su comedor y, cada vez que lo miraba, sentía que formaba parte de él. Su imagen, contaba, había quedado atrapada por el metal de la parte trasera del espejo. En el momento en que se llevaron el espejo de su casa, lo notó en su cuerpo, como si estuviera dentro del espejo.

En los dibujos animados, a veces vemos cómo los personajes siguen corriendo después de haber dejado atrás el borde de un precipicio, y también podemos recordar la espantosa escena del pollo que sigue caminando por la granja después de que le hayan cortado la cabeza. Así es como algunos psicóticos describen su existencia cotidiana; como si ya estuvieran muertos, pero sin que su cuerpo se haya dado cuenta. Van por ahí y se relacionan con otros, pero sienten que están a millones de kilómetros de distancia de los demás. La imagen del cuerpo se ha desmembrado de cualquier idea de posesión o control consciente. Estos ejemplos muestran cómo nuestros cuerpos necesitan juntarse y mantenerse unidos en una imagen. Cuando se pone en peligro este proceso, la imagen se separa, como si la forma visual de nuestro cuerpo no fuera en realidad una parte de nosotros.

Tampoco podemos dar por sentado el cuerpo. Una paciente se quejaba repetidamente de que no tenía cuerpo, y se tocaba el interior de la boca con la lengua todo el día para reafirmar su existencia. Otro contaba que su cuerpo estaba hecho pedazos y que veía sus partes pegadas a otras personas. La desintegración del cuerpo es común en la psicosis, como muestran estas citas: «Estas piernas no son mías, son de otra persona. La persona las mueve para ver si responden»; «Siento como si me fuera a romper en mil pedazos en cualquier momento»; «Me han cambiado el estómago por el de otra persona». En la esquizofrenia, el sujeto puede llegar a sentir que su cuerpo no le pertenece o, incluso, que es otra persona, o que sus sensaciones físicas son las de otra persona, como hemos visto en el caso descrito por

Flournoy.

Estos sujetos pueden experimentar sensaciones extrañas e intrusivas, que no están localizadas en ninguna parte del cuerpo. Schreber observó que, al contrario que la mayoría de las personas, cuya excitación se limita a los órganos sexuales, él sentía que en su caso la excitación se extendía por todo su cuerpo, «de la punta de la cabeza a las plantas de los pies». La excitación se introduce en el cuerpo y puede experimentarse placer o dolor, o una mezcla de los dos. Estas experiencias, a menudo, son continuadas, una especie de asalto sin tregua: no hay interrupción, no hay pausa, no hay un lugar seguro en el que la persona pueda refugiarse. Los individuos buscan una salida de manera natural, un modo de llegar a dominar o atenuar las sensaciones que los invaden.

Lacan pensaba que estas tres dimensiones —el lenguaje, la visualización y el cuerpo— están forzosamente unidas para dar a nuestra vida un sentido de estabilidad y, de hecho, establecer nuestro sentido básico de realidad. Cuando se desvinculan, cada una de las dimensiones puede trastocar y destrozar la vida de la persona. A estos registros los denominó lo «simbólico», lo «imaginario» y lo «real». Lo simbólico es el mundo del lenguaje y la ley, lo imaginario es la imagen física, y lo real es la vida libidinosa del cuerpo, los estados de agitación y excitación morbosa que nos asaltan. Pero, ¿cómo se conectan entre sí? ¿Y que relación tienen con la psicosis?

* * *

Lacan desarrolló por primera vez la idea de lo imaginario en los años treinta, tomando como punto de partida material de la psicología y la etología. Muchos animales sufren cambios fisiológicos cuando se ven reflejados en un espejo, como si el reflejo tuviera un efecto directo en sus cuerpos. Del mismo modo que una paloma, por ejemplo, puede empezar a ovular al ver su imagen en un espejo, los niños se quedan atrapados de un modo extraño y compulsivo en sus propios reflejos o en las imágenes de otros niños. Los humanos, al contrario que la mayoría de los animales, nacen prematuramente: el cerebro y el sistema nervioso todavía se están desarrollando y lleva varios años dominar las funciones motoras. Un recién nacido es incapaz de valerse por sí mismo, y su supervivencia dependerá forzosamente de los adultos. Pero, ¿cómo —se preguntaba Lacan— se llevaba a cabo el proceso de dominar las funciones motoras del cuerpo?

Psicólogos como Henri Wallon habían notado la fascinación que causaba la imagen del espejo en una fase concreta de la infancia, y este hecho se había vinculado a un fenómeno conocido como

«transitivismo»: si se le pega al niño B, el niño A llora, lo que demuestra que A se ha identificado con B. Un niño se ha puesto en el lugar del otro. La teoría de Lacan era que, en una situación de descoordinación y desamparo en la infancia, nos identificamos con imágenes que parecen prometernos plenitud e integridad: en visualizaciones externas a nosotros, nos vemos a nosotros mismos más capaces o competentes de lo que somos. Esta imagen puede ser nuestro propio reflejo en un espejo o la imagen de otro niño. Los padres saben que el niño aprenderá a caminar antes en compañía de otro niño de más edad que ya sepa caminar. Por lo tanto, hay una diferencia entre el esquema corporal —todavía incompleto—y la imagen corporal —que nos captura en este mismo estado incompleto —.

Para Lacan, esta «identificación imaginaria», como él la llamaba, tenía un precio: si ocupáramos el lugar de otra persona, querríamos lo que esa persona querría, estableciéndose la función primaria de los celos en los seres humanos, especialmente en lo que se refiere a la posesión de objetos. Aquí se producen muchos de los fenómenos de celos, competitividad y compasión que llenan las guarderías. Y en el nivel más básico, la identificación imaginaria significaría que para conseguir tener un sentido de unidad propia, deberíamos encontrarlo primero fuera de nosotros. Tomamos conciencia de nosotros mismos copiando a otros. Como previamente había sostenido el psicólogo James Baldwin, la constitución del ego humano es simultánea a la constitución del álter ego. Nos perdemos y nos encontramos al mismo tiempo en la imagen del espejo.

La idea del estadio del espejo sugería que existía una discordancia entre los registros de nuestra experiencia: el esquema corporal incompleto y la falsa unidad de la imagen especular. De hecho, René Zazzo, el estudiante de Wallon, había sugerido que el interés por las superficies reflectantes parece llegar tras una fase de malestar e inquietud en el niño. Recurrimos a un registro para resolver problemas en otro. En consecuencia, nuestra captura en imágenes nos ayudaría y nos estorbaría al mismo tiempo. Nos permitiría controlar mejor nuestro cuerpo, mediante la identificación con la imagen virtual proporcionada por nuestro reflejo o la imagen de otro, pero, al mismo tiempo, nos alienaría y daría una forma agresiva a nuestras relaciones con nuestros homólogos. La identificación con la imagen promete unificarnos, pero nunca lo hace completamente, ya que lo mismo que nos da unidad nos la quita. Alcanzamos nuestra unidad por medio de algo que no es nosotros, que está fuera de nosotros.

Permanecer en este estado es prácticamente imposible. Si nuestro mundo se limita a nosotros y a nuestro reflejo, quedaremos atrapados en una batalla interminable, sin otra opción que la de anular al otro o

a nosotros mismos. Querremos lo que quieren los demás y ellos querrán lo que queremos nosotros, creando un conflicto letal. Como mostró el trabajo etologico de Konrad Lorenz, si no hay cerca un tercero, el resultado será la destrucción. En uno de sus ejemplos cuenta cómo durante el apareamiento de los peces espinosos, al no existir un rival, no hay nadie hacia quien dirigir la agresividad y las dos criaturas terminan por destruirse la una a la otra. Con sólo dos jugadores, la expresión del conflicto y los sentimientos ambivalentes equivale a la destrucción.

Sólo hay que pensar en esas películas del oeste en las que el pistolero novato intenta retar al profesional avezado, que encarna la imagen de la plenitud y la integridad, la persona que el novato quiere ser. Tras ser ignorado, éste irrumpe en la taberna, decidido a un duelo claramente suicida. La famosa escena de *Los siete magníficos* en la que el joven Horst Buchholz reta a Yul Biynner es un ejemplo típico. En ese momento de terquedad, agravado por la bebida, sólo existen él y su rival, y la única posibilidad es que uno de ellos muera. Esto es imaginario puro, y por ello se necesita una mediación, una intervención externa, para desplazarse más allá de este espacio destructivo y letal en el que se encuentran sólo el sujeto y la imagen especular, la imagen de plenitud a la que el sujeto aspira.

Una imagen, al fin y al cabo, necesita tener un lugar. Cuando los niños contemplan su imagen en el espejo, o juegan con ella, es, a menudo, en presencia de su madre. El adulto autoriza la imagen, vinculándola al niño con sus palabras y una mirada de cariño y aprobación. El reflejo del niño queda investido con la libido maternal a través de estos canales, y los pormenores de estas interacciones serán decisivos a la hora de determinar si el niño es capaz de habitar su imagen corporal. El progenitor puede usar el nombre del niño, enseñándole a vincular la palabra y la imagen, y a hacer asociaciones: «Tienes los ojos de tu abuelo, las orejas de tu abuela,» etc. Estas palabras tienen una fuerza determinante, y pueden conformar nuestras vidas, incluso si no somos conscientes de sus efectos. Una mujer para la que besar era muy importante, y que eligió ser cantante, recordó, con sorpresa, que lo único que sabía de su nacimiento era que su padre había celebrado su venida a este mundo con cuatro palabras: «Qué boca tan bonita».

Las palabras nos sitúan en el mundo simbólico, y los niños comprenden muy pronto que no son sólo accidentes biológicos, sino que tienen un lugar en la historia familiar. Se esfuerzan por encontrar el significado de su existencia: ¿Dónde estaban antes de nacer? ¿Los esperaban, los querían, los deseaban? Pensar quiénes somos y de dónde venimos es posible gracias a las coordenadas simbólicas que nos sitúan en el mundo. Nos permiten ir más allá de lo imaginario, ya

que nos otorgan un lugar que no está definido por nuestro reflejo o la imagen de nuestros homólogos. En el ejemplo del pistolero atrapado en un punto muerto cara a cara con su maestro, sólo mediante la intervención de un tercero, que lo tranquiliza y finalmente le da un lugar entre «los siete magníficos», se vence la vorágine destructiva de lo imaginario. Deja atrás una relación dual para convertirse en un miembro de un grupo simbólico, asumiendo un rol que le otorga un lugar en una estructura. Ya es «uno de ellos»: ha dejado de ser el doble de Yul Brynner, ahora forma parte del grupo. Esto muestra cómo debe construirse el imaginario, matizado por una relación simbólica.

Sin esto, permanecemos en un espacio letal y potencialmente homicida. Tomemos el caso de Derrick Bird, el pistolero de Cumbria. Mató a doce personas e hirió a más de veinte en un acto homicida que conmocionó a Gran Bretaña en el verano de 3010. Después del tiroteo, todo el mundo buscaba un motivo, dirigiendo su atención hacia la presión a la que parecía haber estado sometido por parte de Hacienda y hacia sus sospechas acerca de que su hermano gemelo —a quien mató— le robaba dinero de la herencia de su difunto padre y del testamento de su madre. Aunque no debemos hacer conjeturas, es difícil no tener en cuenta un detalle pequeño pero llamativo: en un determinado momento, la familia anunció que los dos hermanos compartirían funeral. Es fácil imaginar lo espantoso que debe haber sido enterrar juntos a la víctima y al asesino. Pero, como dijo la familia: «Vinieron juntos a este mundo y juntos se irán».

Este es el mejor ejemplo que podemos encontrar de lo imaginario, como si los gemelos fueran simplemente imágenes especulares uno del otro, y esta simetría anulara los hechos reales de sus vidas y los asesinatos. En este escenario, la asimetría que se desarrolla en torno a la cuestión de la herencia y el testamento cobra más sentido: la señal de un trato de favor al hermano cuestionó la relación especular. Ya no eran iguales. Y por tanto, lo único que quedaba, quizá, era el espacio homicida entre ellos. El hermano gemelo de Bird, de hecho, fue su primera víctima.

* * *

Lo simbólico se refiere al discurso preexistente en la familia, y al sistema de leyes que los antropólogos han descubierto en sus estudios de parentesco y organización social. Lo simbólico es lo que nos otorga un lugar en el mundo, estableciendo coordenadas y límites, y se transmite fundamentalmente a través del habla. Aunque a menudo se compara con el lenguaje, en realidad es mucho más: no es lenguaje, sino lenguaje más ley. Esta ley es, ante todo, la prohibición del

incesto, entendida no sólo como el límite interiorizado que separa a la madre del hijo y al hijo de la madre, sino también como el sistema de renuncias recíprocas que estructura cada sociedad. En la formulación de Lévi-Strauss, esto impide cualquier monopolización por parte de las mujeres en el grupo familiar: el hecho de que un hombre abandone a su hermana e hija significa que pueden circular, dando a otros la oportunidad de casarse con ellas, asumiendo que la misma ley la cumplen los otros hombres de esa sociedad. Las normas del matrimonio y la herencia están muy estructuradas, regulan el ámbito de la conducta humana, determinan qué matrimonios pueden o no celebrarse, y cómo la familia y el grupo social se reorganizan de acuerdo a estos cambios. Como la gramática de una lengua, generalmente dichas normas no se encontraban escritas en ningún sitio, o, por lo menos, no antes de que se hubieran convertido en objeto de estudio científico. Las personas cumplían estas leyes de modo inconsciente, y esto sugiere que lo simbólico era un conjunto de sistemas que gobernaba las relaciones humanas sin que nos diéramos cuenta.

Los elementos del orden simbólico no están aislados, sino que dependen unos de otros. Los antropólogos han estudiado los modos en los que conductas o rasgos en apariencia únicos adoptaban significado en términos del contexto global en el que ocurrían. Fingir ser un animal, por ejemplo, puede tener un significado diferente en el contexto de una cacería, de una ceremonia ritual o de un conjuro de magia. En sí mismo, imitar a un animal no tiene un significado fijo e inmutable, sino que es un elemento de una estructura: el todo organiza y confiere un sentido a las partes. Lo que parece ser el mismo comportamiento, puede tener distintos orígenes, distintos significados sociales y, en consecuencia, distinta relación con otros comportamientos. A la inversa, dos comportamientos radicalmente distintos podrían, en principio, tener funciones idénticas en contextos culturales distintos.

Los antropólogos también han demostrado cómo los elementos del mundo natural siempre se ven envueltos en sistemas simbólicos complejos. Los animales, los colores, los planetas y las plantas, todos tienen significados distintos en culturas y contextos diferentes: el sol puede ser un monstruo cruel para un grupo social y un protector benevolente para otro, del mismo modo que el color negro puede asociarse con el dolor en una cultura —o, incluso, por generaciones separadas pertenecientes a la misma cultura— y con la alegría en otra. Estas ideas de la antropología tuvieron eco en el trabajo de Ferdinand de Saussure, que vio el mismo lenguaje como un sistema de elementos diferenciales, cuyo significado dependía de sus relaciones entre ellos. Las palabras no tienen un significado intrínseco, sino que

significan en virtud de su lugar en una red, igual que el tren de las diez puede llevar distintos vagones cada día y seguir siendo el tren de las diez porque es distinto del tren de las nueve o del de las once. Cada elemento en lo simbólico toma su valor a partir de sus relaciones con otras partes, y el sistema funciona por la introducción de divisiones y contrastes entre elementos.

Estas ideas resultaron decepcionantes para las primeras generaciones de antropólogos, que querían creer que las sociedades «primitivas» vivían en armonía con la naturaleza, en una especie de continuidad con su hábitat. El estudio de los sistemas simbólicos complejos que constituían el mundo de estas sociedades mostraba el rol del lenguaje a la hora de organizar la realidad, y también cómo el lenguaje introducía una cierta negatividad, construyendo nuestros mundos al mismo tiempo que creaba una distancia con respecto a ellos. Un sistema de divisiones y contrastes, al fin y al cabo, requiere lo que Lévi-Strauss llamó «un empobrecimiento» de la realidad empírica, en el sentido de que la realidad se rompía en unidades y conjuntos de unidades que podían considerarse bien diferenciados. Los sistemas complejos podían construirse a partir del contraste inicial de dos elementos —tales como «rojo-verde» o «blanco-negro»—, instancias de la matriz simbólica elemental de +/-. Introducimos discontinuidades en el mundo en el que puede que no existan dichos contrastes y, mediante este proceso, nuestra realidad adquiere significado y se distingue. Alto/ bajo, tierra/cielo u oso/águila podían funcionar como partes de un código para transmitir un mensaje idéntico en distintas culturas. Disculpándose por la trivialidad de la imagen, hace una comparación con el utensilio de cocina que se utiliza para cortar las patatas en tiras: una rejilla preconcebida que se puede aplicar en todas las situaciones empíricas, de modo que los elementos resultantes conservarán todos ciertas propiedades generales.

Un rasgo definitorio del orden simbólico es esta negatividad que introduce, esta distancia que se establece con la supuesta inmediatez de la experiencia. Entrar en lo simbólico significa aceptar las reglas y convenciones de la sociedad, junto con las prohibiciones y los límites necesarios para que funcione, y que tendrá efectos en el mismo cuerpo. Freud llamó a la energía sexual del cuerpo «libido», y, en parte, crecer implica drenar y reestructurar la excitación corporal. Nos han dicho qué y cuándo debemos comer, cuándo defecar y cuándo no, cuándo podemos y no podemos mirar o escuchar, que tenemos que llevar ropa para taparnos el cuerpo, que no nos podemos tocar delante de otras personas, etc. La razón por la que los padres están siempre agotados es porque están constantemente poniendo límites a la libido de sus hijos, transmitiendo los «noes» simbólicos que harán que sus

hijos se conviertan en seres sociales como es debido. Lo simbólico sujeta el cuerpo, eliminando la libido.

Cuanto más se limita el cuerpo en este sentido, más fácil resulta vivir en el mundo. Los niños se interesan por su entorno, comparándolo con sus funciones corporales: un grifo que gotea puede resultar fascinante para un niño porque evoca el pene, un agujero en una pared cautivador, porque se asemeja a una boca. Interesarse por el mundo también puede llevar aparejado terror, si las comparaciones que el niño hace no se expandeny simbolizan de modo progresivo; sin ello, el mundo simplemente sería un cuerpo inmenso y el agujero en la pared amenazaría con tragarse al niño. Al encargarse lo simbólico de realizar esta función, los elementos de la realidad se transforman en sistemas de signos, cuyo valor depende de las otras partes del sistema, y no de las comparaciones corporales. Si el cuerpo está demasiado presente, no podemos entrar en un espacio social compartido. Si opera lo simbólico, la realidad se convierte en una experiencia extracorporal.

Si no, el mundo y el cuerpo permanecen en un continuo. Como dijo Renée, «Llovía a mares afuera y, cuando oriné, no estaba del todo segura de que no fuera mi orina la que estuviera mojando al mundo, y se apoderó de mí el miedo». En otro caso, un paciente pensaba que cuando otros empleados en la oficina decían «agua» se referían a ella. En la oficina había una fuente de agua a la que tenían que dar golpes para que saliera el agua. Cuando la gente le daba golpes, la paciente pensaba que la golpeaban a ella. ¿Por qué? Como dijo ella, «Nunca camino, corro, como el agua, y me merezco que me peguen».

* * *

Mediante el lenguaje, lo simbólico se introduce en lo real de nuestros cuerpos y los ordena. Inscribe la ley dentro de nosotros, proporcionándonos un principio de mediación. Lacan pensaba que el orden simbólico contenía un representante privilegiado de este principio, lo que llamó el «Nombre del Padre». Los antropólogos de principios del siglo xx a veces se sorprendían al comprobar que los «primitivos» atribuían el embarazo al encuentro de una mujer con un espíritu en alguna roca sagrada, y no al hecho del coito. Si habían tenido encuentros sexuales y bebés durante siglos, preguntaban, ¿cómo era posible que no hubieran hecho esta conexión? Pero, en realidad, para Lacan esta falta de entendimiento «primitivo» revela la verdadera estructura de la paternidad: existe una diferencia entre el progenitor real y la función simbólica de la paternidad que debe marcar el contexto de la reproducción. El espíritu y el espacio sagrado forman parte del contexto simbólico de la reproducción, necesario

para simbolizarla, para hacerla parte del mundo de ese individuo. Sin ese contexto, es difícil que un ser humano comprenda que se encuentra en el origen de un proceso biológico.

Cuando un hombre y una mujer tienen hijos, un tercero está presente, ya sea en forma de espíritu, espacio sagrado, discurso social, ritual o médico, y organizará y dará sentido al proceso reproductivo. Cuando leemos mitos y leyendas en las que una mujer da a luz después de que, por ejemplo, un pez mágico nade dentro de su boca, en lugar de interpretarlo como una forma primitiva de simbolismo, lo entendemos como una llamada a una red de representaciones míticas que va más allá de los personajes de carne y hueso. El pez mágico que se mete en la boca no es tanto un símbolo oculto de un pene que se mete en una vagina, como podría suceder en un sueño, sino una evocación de un orden que está más allá de la madre y del padre, necesario para aprobar y dar sentido al acto de la reproducción. Esta textura de mitos, historias y significados nos permite localizar los cambios que se producen, tanto en el cuerpo biológico como de las relaciones sociales.

Lacan estaba especialmente interesado en el lugar del padre en esta configuración, no el del progenitor de carne y hueso, sino el lugar simbólico al que se recurre en momentos como el embarazo y la paternidad o maternidad. Se centró en la naturaleza más abstracta de la paternidad, en contraste con la certeza de la maternidad. El viejo *dichopatersemperincertus est* —el padre siempre es incierto— enfatiza cómo la paternidad requiere un reconocimiento más simbólico que biológico. El hecho de que muchas culturas reconozcan que el padre legal pueda no haber engendrado a sus hijos se hace eco de esta función artificial y no biológica. Este lugar simbólico, a menudo, lo ocupaba, una figura no humana, una cosa o persona heterogénea a los seres biológicos involucrados, representada en la mitología y el folclore por divinidades o seres sobrenaturales.

El estudio de la fobia infantil fue muy importante en este ámbito, y permitió a Lacan desarrollar sus ideas sobre el lugar de la función del padre. Las fobias suelen dividirse en dos grupos: miedos transitorios, que pasan rápidamente, y procesos prolongados, que requieren creación y construcción, como en el caso del pequeño Hans de Freud. Hans tenía tres años y medio cuando empezó a tener fobia a los caballos, y sufrió un número notable de transformaciones. Empezando por un solo elemento —el caballo— creó una gramática que incluía todos los aspectos de la vida cotidiana. El caballo podía o no morder, caerse o permanecer erguido, estar sujeto o no a un coche, etc. Hans creó un sistema para reorganizar su mundo, creando prohibiciones con respecto a lo que podía y no podía hacer, donde podía o no podía ir, mediante el objeto fóbico —el caballo—, que

utilizó como instrumento. Cuando la fobia remitió, su ansiedad menguó.

Pero, ¿de dónde nació esta fobia? En ese momento de su vida, Hans recibió dos grandes sorpresas. Experimentó sus primeras erecciones y nació su hermana pequeña. ¿Cómo interpretar estas intromisiones inesperadas y traumáticas en su mundo? Tuvieron un impacto muy fuerte en las relaciones de seducción con su madre. Ahora, su precioso y encantador niño tenía un pene al que ella no daba demasiada importancia, acerca del cual bromeaba con dulzura. Y con la llegada de la nueva hermana ya no prestaba tanta atención a su hijo. Estos acontecimientos hicieron que Hans tuviera que replantearse su relación con su madre y encontrar un lugar nuevo para él. Para hacerlo, necesitaba la ayuda de su padre, pero su padre no resultó ser muy eficiente, y se mostró incapaz de influir en su mujer. De hecho, se divorciaron poco después de que se solucionara el tema de la fobia.

Pero, ¿cuál era la función de la fobia de Hans? Para Lacan, la fobia fue un modo de recurrir a la función simbólica del padre cuando el padre real le falló. Fue el caballo y no el padre el que se convirtió en la figura mítica, amenazadora y poderosa que, literalmente, reorganizó su mundo. La fobia fue un proceso creativo en toda regla, que podemos seguir día a día en el relato publicado por Freud. Muestra a Hans muy ocupado recurriendo al «Nombre del Padre», accediendo a la función de este último para superar la relación edípica con su madre y para emplazar los nuevos e inquietantes cambios que habían surgido a raíz de las erecciones. El resultado de este proceso sería una nueva configuración simbólica, su nuevo lugar en el mundo.

Este recurso a un elemento heterogéneo y externo se ilustra de manera bellísima en las memorias de Marcel Pagnol *La gloria de mi padre*. El joven Marcel es un gran admirador de su padre, maestro de escuela, pero cuando su tía Rose se une al adinerado y elegante caballero Jules, la imagen de su padre queda debilitada. Las dos familias alquilan una villa para las vacaciones y los dos hombres van de caza. Mientras que el padre de Marcel nunca ha matado a ninguna fiera o ave antes, Jules es un experto. Su arma es magnífica, mientras que la de su padre es anticuada y bastante ridicula. Cuando Marcel observa con detenimiento ambas armas, se siente humillado y le sobreviene un extraño malestar, una insatisfacción cuya causa no comprende. Finalmente, se da cuenta de lo que le ocurre, pero el problema no desaparece: su padre, el gran maestro, se ha convertido en un colegial, a quien el tío Jules, el especialista, instruye. Marcel dice que, por primera vez, duda de la «omnipotencia» de su padre.

Los dos hombres siguen cazando, y sus trofeos se dividen

pulcramente en dos categorías, los animales que pueden conseguir y que de hecho consiguen, como la perdiz común, el conejo o la liebre, y un animal especial, que se distingue de todos los demás: la perdiz de roca. Este es el máximo trofeo del cazador, ya que su valor viene marcado por su rareza. Mientras Marcel ayuda a los adultos en la cacería, hace lo posible por restaurar la imagen deteriorada de su padre: en un momento determinado, aparece con algunas plumas para sugerir que su padre le ha dado a algo. Gomo se le ha prohibido rastrear solo, les sigue en secreto, humillado por el pobre espectáculo que su padre está dando, hasta que, de repente, éste tiene suerte. Consigue disparar no a una —que ya habría sido un milagro— sino a dos perdices de roca, una de las cuales le cae a Marcel en la cabeza. Mientras Jules, erróneamente, reprende al padre de Marcel por no haberle dado a las raras aves, Marcel sale de la maleza con los trofeos.

De vuelta al pueblo, los lugareños se quedan estupefactos ante esta proeza inaudita, y fotografían al padre con las aves muertas. Más tarde, el padre de Marcel enviará una copia de esta fotografía a su propio padre, otorgando a las perdices de roca un valor en el vínculo intergeneracional. Ahora, Marcel siente un nuevo amor por su padre. La historia saca a relucir la diferencia en los registros de paternidad. El padre está idealizado hasta la llegada del tío Jules, que tiene un arma mejor. Al padre le humillan cada vez más, hasta que ocurre el episodio de la caza, cuando alcanza la cima en forma de las perdices de roca. Estas funcionan como un blasón, fijando no sólo la identidad transgeneracional —la fotografía enviada al abuelo—, sino también confiriendo un estatus a quien lo lleva. Las aves, al fin y al cabo, tenían un valor especial desde el inicio de la narración, distinguiéndose de otros animales como una recompensa mítica: son más símbolos que aves de verdad. Los elementos simbólicos coronan tanto al hijo como al padre, reforzando la imagen debilitada del último.

Pensemos ahora en las incontables películas y series de televisión en las que la salvación real de una familia adopta la forma de algún animal (Lassie) o incluso de un extraterrestre (E.T.). La misión de rescate no la realiza el padre real, sino un protagonista no humano, como si se enfatizara la disparidad entre el progenitor biológico y la función simbólica de la paternidad. Fue esta textura simbólica del padre la que hizo que Lacan utilizara la expresión «Nombre del Padre», como si la fuerza externa necesaria para introducir el orden en las relaciones humanas fuera más allá de la sangre y se encontrara en el registro de los símbolos.

Observamos un estancamiento de este proceso en el caso de Joey, un niño de nueve años que pasó varios años en la Escuela Ortogénica Sonia Shankman de Chicago, un centro para niños con problemas. Fue

allí donde conoció a Bruno Bettelheim, quien publicó un relato sorprendente de su trabajo conjunto en *La fortaleza vacía.* La primera vez que Joey recibió tratamiento, a la edad de cuatro años, no prestaba atención a nadie a su alrededor, y se limitaba a correr de acá para allá girando los brazos como una hélice. Cuando descubrió un ventilador eléctrico era imposible que se distrajera con nada más, y si le separaban de él volvía a corretear, moviendo los brazos e imitando el ruido de un ventilador o de un aeroplano. Imitaba estos sonidos con una precisión casi mecánica, y otros objetos, como espadas, palos o cucharas, sólo le interesaban si podían usarse como hélices.

¿Cuál era el origen de esta extraña fascinación? Resultó que su interés por los ventiladores había surgido por primera vez en un aeropuerto donde estaba con su padre, que se marchaba o regresaba de un viaje de trabajo. Además, se daba el hecho de que su madre había estado enamorada de un hombre que había muerto en combate aéreo poco antes de casarse con el padre de Joey. Bettelheim reconoce que este vínculo con el padre era lo que daba un valor tan especial a las hélices, aunque señala que «a pesar del vínculo directo de las hélices y el aeropuerto con el padre, no creemos que fuera el padre como persona quien provocó la obsesión de Joey». Su intuición es precisa-, lo importante no es el padre como persona, sino como función, aunque el recurso a esta dimensión simbólica falla en el caso de Joey.

Al contrario que en el caso del caballo de Hans, las hélices de Joey no mediaban y reorganizaban su mundo. No eran una herramienta que podía utilizar, sino un elemento que, al contrario, le poseía. Aunque estaban claramente vinculadas a algo más allá de la madre, señalando al padre y, quizá, al amante perdido, no producían ni movimientos psicológicos ni dialécticos, sino estancamiento, como si le hubieran atrapado en el momento en el que podría haber comenzado la simbolización, que nunca ocurrió. Las hélices no eran un símbolo que podía utilizar y, de hecho, le paralizaron en una repetición aislada. En lugar de ampliar su realidad, la contrajeron.

* * *

A menudo, la función simbólica del padre se transmite a través del padre real. Los padres sienten curiosidad cuando, en un momento determinado, sus hijos los elevan a la categoría de una especie de héroe. Por muy inútil y débil que sea en realidad, el padre se convierte, de repente, en un campeón, capaz de las hazañas y proezas más increíbles. ¿Qué lógica puede haber tras esta transformación? Si el niño se enfrenta al problema de separarse de la madre —que, a su

vez, incluye el problema de la madre de separarse del niño—, qué mejor estrategia que suponer que la madre en sí misma está desvalida, cautivada por otra figura más poderosa. El niño, básicamente, construye una historia para demostrar que la madre carece de poder, sometida a la ley paterna.

En este proceso, el niño se siente atraído por el padre simbólico, transformando al padre real en una figura imaginaria de poder. La mitología y el folclore, a menudo, hablan de este intento de transformar la imagen de la madre recurriendo al padre. Un monstruo enorme resulta ser controlado por un enanito, o el Mago de Oz resulta ser controlado por una figura cobarde y simple. Estas fantasías muestran cómo una presencia, en apariencia todopoderosa, en realidad está sometida a una ley —un títere más que un titiritero—, del mismo modo que el estatus de la madre como ser omnipotente queda cuestionado por la idea de que ella misma está sometida a una ley que escapa a su control. Este es, sin duda, uno de los atractivos de las muñecas rusas que tanto han fascinado a niños y adultos. Esta clara representación maternal de una figura que envuelve a otra muestra, en su misma estructura, que la figura que envuelve está asimismo envuelta, y podríamos especular que una muñeca rusa con una sola figura principal y un armazón sería mucho menos interesante. Lo importante es que la segunda figura con armazón está asimismo contenida en un armazón, justo igual que el niño que debe encontrar el modo de demostrar que la madre está sometida a una fuerza que escapa a su control. De otro modo, el niño quedaría completamente a merced de la madre.

Lacan reformuló la teoría de Freud del complejo de Edipo como este proceso de debilitar el poder de la madre. Para Freud, el primer objeto sexual tanto para el niño como para la niña es la madre. Sus demandas de cercanía física y amor están dirigidas a ella. Para el niño, el padre es un rival con el que compite por el amor de la madre y, cuando se percata de la diferencia de género, percibe la posibilidad de que puede perder su pene y se repliega: deja a un lado sus demandas hacia la madre por miedo a la castración, que atribuye al padre. Su deseo por la madre se vuelve inconsciente, y puede que en el futuro busque mujeres que, de algún modo, la evoquen.

Para la niña, la diferencia de género también es decisiva en este período temprano de la infancia. Le reprocha a la madre que no la haya provisto de un pene, y vuelve la vista hacia el padre no como un rival, sino como un salvador. El será capaz de darle un pene, no como un órgano anatómico, sino en forma de bebé. Así que, mientras que la idea de la castración impide el amor edípico del niño por la madre, el amor de la niña por su padre se establece por esta misma idea.

La teoría de Freud es más complicada que este resumen, pero nos

da una idea básica del viaje edípico del niño. La versión de Lacan es muy distinta. El considera la relación inicial con la madre problemática e incómoda. Estar cerca de ella puede ser importante, pero también es una fuente de ansiedad. Tiene la capacidad de dar amor y atención como le plazca. Esto le otorga un poder real, que tiene eco en su capacidad de alimentar. Gomo proveedora de comida, no es sólo la que da, sino también la que se percibe como la que decide lo que da. Todo, de algún modo, depende de ella: puede dar o no leche, y esto confiere a la comida un rol como signo de amor maternal.

Previendo las reacciones de la madre, puede establecerse una confianza básica entre madre e hijo, que implica a reprimir la idea misma de que los actos de la madre dependen de su voluntad. Esto es tener fe en el orden simbólico como tal, un punto de apoyo fundamental que hace que la relación madre-hijo se subordine a la ley simbólica de cuidado de los hijos. Pero, en algunos casos, esta confianza básica no se registra. El orden simbólico viene sin garantías. En sus memorias sobre la esquizofrenia, Renée recuerda cómo su madre le decía: «Tengo poder total sobre ti; si quisiera, te mataría»; «Sé lo que piensas; estoy en mi derecho de saberlo, incluso lo que sueñas. Y por la noche, en tu habitación, sé si te mueves en la cama; tu cuerpo, tu mente, tu alma son míos».

Esta hipoteca sobre el niño sale a relucir en otro caso, descrito por el psicoanalista estadounidense Harold Searles, en el que una mujer dormía en el sótano de la casa familiar, con cuerdas atadas a la cintura que subían hasta la cintura de su madre, que dormía en el piso de arriba, para que estuviera en disposición de responder inmediatamente a sus necesidades. Aunque estos ejemplos puedan parecer extremos, sacan a relucir aspectos del estado psicológico de muchos niños. Gomo veremos más adelante, es difícil no asociar la experiencia de que las cosas «dependen» de otros al tipo de pensamiento presente en la psicosis en el que las cosas pasan *porque* otros quieren. El avión nos sobrevuela o el viento sopla a causa de alguna trama o conspiración, como si la situación básica con el cuidador se hubiera generalizado a toda la realidad del individuo. No existe mediación que muestre que la madre está sujeta a leyes y restricciones.

De modo natural, un niño querrá encontrar un espacio seguro para poder existir en esta atmósfera de dependencia e indefensión relativa, y cuestionará su propio lugar en relación con la madre. ¿Qué valor le da ella? ¿Por qué está presente en un momento y ausente en otro? ¿Qué es lo que quiere? Lacan consideró el complejo de Edipo como un modo de responder a estas preguntas, creando un orden en una situación inicial en la que se unen amor y terror.

Ahora hay tres fases en el proceso edípico. Primero, el niño reconoce que la madre está interesada en algo que no es él mismo: su deseo se dirige hacia algo que está más allá de su bebé. Esto presupone un registro de las ausencias de la madre, que indica que no se siente plena con el niño, y que, por tanto, puede alejarse de él. Ser capaz de formular la cuestión de sus idas y venidas conlleva una simbolización básica del comportamiento de la madre, la capacidad de pensar en sus ausencias y el modo en que se percibe que da o no da cariño. Lacan llama a este enigma inicial el «deseo» de la madre, y la labor principal del niño es ahora interpretativa. Lo que Lacan llamaba deseo, el antropólogo y científico social Gregory Bateson lo denominó «señales de ánimo» de la madre, acuñando esta expresión para mostrar que la presencia de la madre requiere una decodificación. Este proceso a menudo se acompaña de juegos en los que un objeto se agarra y se suelta, a la vez que se verbalizan sonidos distintos para cada uno de estos dos estados: en el famoso ejemplo de Freud, su nieto tiraba de una bobina de algodón hacia él diciendo «da» («aquí está») y después lo lanzaba diciendo «fort» («se fue»).

Éste no es un proceso automático, como se ve en los casos en los que el niño es incapaz de hacer preguntas acerca de las ausencias de la madre. Puede vivir su desaparición como un vacío insoportable, una traición o un abandono que no admite justificación. Pero si esta primera simbolización ocurre, el niño busca una respuesta a la pregunta del deseo de la madre. Sus ausencias muestran que hay algo que la aleja. Y esto significa que no es omnipotente, que tiene carencias: de otro modo, ¿por qué se vería arrastrada?

En una segunda fase, el niño intenta explorar este «más allá», analizándolo con juegos de seducción y prestigio. El niño se convierte en un pequeño amante, intentando «ser» algo para su madre, satisfacerla y llenarla. Al igual que en el estadio del espejo se producía un movimiento hacia una falsa imagen de plenitud, estos nuevos esfuerzos siguen el mismo modelo imaginario: el niño aspira a convertirse en una imagen que no es él. En una tercera fase, reconoce que está condenado al fracaso. El niño comprende que él no puede ser el imán que está más allá de la madre, sino que, de algún modo, ese rol corresponde al padre.

El niño por lo general protestará contra esta conexión, haciendo lo posible por separar a sus padres, pero más allá del drama y la perturbación a causa de su ambición frustrada subyace la pregunta fundamental: ¿qué otras opciones le quedan? ¿Se quedará en el mundo de la madre o elegirá otro camino? La función del padre aquí no se limita a mostrar al niño que no es el único objeto de la madre, sino que también tendrá un impacto en la madre, poniendo un límite a su propensión a aferrarse a su hijo. Establece una barrera entre el

niño y la madre y también entre la madre y el niño, una negación activa del deseo de reintegrar a su vástago.

Tanto el niño como la niña deben aprender a dejar de hacer esfuerzos para seducirla, para ser el objeto de su deseo, y reorganizar su mundo alrededor de ciertas insignias del padre, con las que se identifican. Estas proporcionan un nuevo punto cardinal, una salida, como si dijéramos, de una situación malograda. En términos de análisis, el niño debe renunciar a intentar *ser* el falo de la madre —al nivel de lo imaginario— y aceptar *tenerlo o recibirlo* —al nivel de lo simbólico—: para el niño, como una promesa de futura virilidad, para la niña, como una esperanza de futura maternidad, identificando inconscientemente a su bebé con un falo.

Tanto para el niño como para la niña, esto transforma la relación con la madre, puesto que establece un horizonte para ella, un significado al que ahora están vinculados sus actos. Primero, el niño registra que la madre no es todopoderosa, sino que tiene carencias y, segundo, le pone nombre a estas carencias. La función del padre aquí es darle sentido a todo: permite interpretar el deseo de la madre. Agrupa los pensamientos sobre la madre alrededor del padre y, específicamente, del falo. El falo aquí no es el pene real, sino una significación, un indicador de lo que falta, un índice de la imposibilidad de completarse o realizarse. Como tal, no puede visualizarse, no puede aprehenderse ni definirse claramente. Si bien significaba potencia o plenitud en el primer momento del proceso edípico, ahora ha pasado a tener un valor de pérdida más básico, lo que no podemos ser y lo que no podemos tener en el presente. Siempre fuera de nuestro alcance, es un modo de simbolizar lo incompleto y, por tanto, introduce una tristeza en la vida del niño, pero también un orden, un marco simbólico que permite al niño desplazarse progresivamente más allá del mundo de la madre.

Las experiencias de excitación física y mental del niño se transforman en deseo mediante este marco, lo que conlleva una desventaja más que una ventaja: la madre se pierde para siempre. La libido ahora se canaliza fuera del cuerpo, hacia esos elementos de nuestro entorno que nos recuerdan inconscientemente a ella. Puesto que la madre está prohibida, serán las evocaciones posteriores de una persona u objeto inaccesible o prohibido las que despierten nuestro interés. Consecuentemente, la madre se vacía: deja de ser una presencia física real y pasa a ser el mástil de un deseo inconsciente. Los recuerdos erotizados de ella sucumben a la represión. Lo vemos por el modo en que los niños a veces gritan «Quiero estar con mi mamá», incluso aunque ya estén en sus brazos. La palabra «mamá» se refiere a algo fuera de su alcance, algo que está más allá de la criatura de carne y hueso que tienen delante. Esto también se refleja en el

hecho de que la contraseña informática o de banco más común es el nombre o el número de teléfono de la madre, como si lo más secreto de nuestra vida siguiera siendo ella.

Lacan llama a este proceso la «metáfora paterna»: el padre es sustituido por la aspiración de completar a la madre, que ahora ocupa su lugar en el punto de convergencia del deseo inconsciente. El padre, como hemos visto, no es sólo una figura real y empírica, sino una función, un tercero presente en el mundo simbólico del niño. Esta sustitución se evoca en el mismo término «Nombre-del-padre», puesto que la transmisión del patronímico paterno al niño implica que se reemplaza el de la madre. Lacan cambiaría de opinión con el tiempo, argumentando que la función simbólica invocada por el niño no está necesariamente vinculada a la paternidad. El padre era sólo un ejemplo de los muchos que podían actuar como mediadores en el mundo del niño, un tercero que mediaría en las relaciones con la madre. Cualquier cosa podía actuar como «Nombre del Padre» mientras sirviese para poner límites y unir los registros de lo simbólico, lo imaginario y lo real. Podía tratarse de una empresa profesional, un estilo de vida, una actividad: lo que importaba era lo que hacía y no tanto lo que era.

El «Nombre del Padre», asimismo, no es un momento preciso, sino un proceso. No puede reducirse a cualquier elemento tangible, sino que se transmite mediante complejas relaciones familiares. Lo que le importa al niño es que estén disponibles lo que uno de mis pacientes llamó «remaches», puntos fuertes en el área circundante de la red simbólica a los que poder recurrir. Pueden adoptar la forma de miembros de la propia familia, familiares políticos o momentos míticos de la historia familiar. Hace muchos años, varios pacientes deun hospital francés le preguntaron a su psiquiatra si podía llevar a cabo una operación para implantarles el «Nombre del Padre», porque habían oído que los no psicóticos no lo tenían. Ver el «Nombre del Padre» como un elemento único y aislado, como la pieza que falta en un rompecabezas, puede ser en sí mismo un delirio.

* * *

Este relato del complejo de Edipo puede parecer bastante idealizado. Se podría objetar que, en la familia moderna, el padre está totalmente ausente o presente cuando la madre está ausente, así que las desapariciones de la madre difícilmente pueden relacionarse con su deseo de estar con él. Viendo tan poco a sus hijos, hay más probabilidades de que sea un compañero de juegos que una figura autoritaria. Estas críticas son interesantes y arrojan luz en los cambios

de la estructura familiar, pero no consideran la dimensión del complejo de Edipo como construcción, como una historia inventada por el niño para poner orden en su mundo, en vez de como un reflejo de las relaciones de poder real en la familia. Si el énfasis en el significado del falo como la clave para conseguir el deseo de la madre parece cómico, es porque lo es, por eso la vida postedípica es como una comedia, como se aprecia en las películas de la saga *Carry On.*

Esta serie de películas británicas, en su momento interminable, colocaba a los mismos personajes en situaciones diferentes: hicieron *Carry On Nurse, Carry On Doctor, Carry On Camping, Carry On up theKhyber, Carry On Constable,* abarcando, de hecho, todos los aspectos de la vida, desde las dinámicas familiares a la sanidad, el imperialismo británico y los sindicatos. La serie mostró que el conjunto de la realidad puede reducirse a una broma fálica, puesto que, esencialmente, todo el humor de las películas estaba construido sobre dobles sentidos sexuales. Así era la vida postedípica, en la que el niño veía cosas —inconscientemente— a través de una lente fálica, sin que hubiera muchas más opciones.

Curiosamente, esto sugiere que cuando crecemos nos hacemos menos conscientes del mundo, y nos limitamos más a nuestras percepciones y sensibilidades. Es como si nos introdujeran un filtro en la mente que sólo nos permitiera captar ciertos aspectos de la realidad. La primera relación con la madre puede llevar aparejado un grado extraordinario de sintonía: los bebés pueden adoptar el estado de ánimo de la madre increíblemente rápido. Los significados atribuidos a su conducta —y a la de los otros— pueden ser amplios, pero una vez que se establece el significado fálico, éstos se reducen. La vida se convierte en una película de *Carry On* en la que sólo comprendemos un abanico limitado de significados.

Sin embargo, en la psicosis, en la que, como veremos, la metáfora paterna no se ha desarrollado y la lente fálica no se ha montado, el resultado, con frecuencia, será una supersintonía, en la que la persona puede percibir, de manera asombrosa, el estado de ánimo y los pensamientos del terapeuta. Como dijo uno de mis pacientes: «La diferencia entre un neurótico y yo es que el neurótico proyectaría sus problemas en usted, y yo, sin embargo, sé lo que usted está pensando». Aunque con frecuencia la locura se define como el hecho de no conseguir estar en contacto con la realidad, la verdad es que, como señaló el psiquiatra Eugene Minkowski, más bien se está demasiado en contacto con la realidad.

Kurt Eissler se percató de que uno de sus pacientes esquizofrénicos, a pesar de no poder verle desde el diván en el que estaba tendido, le pedía que repitiera justo lo que acababa de decirle exactamente en los momentos en los que Eissler había dejado de

escucharle. «En los momentos en los que era literalmente incapaz de repetir sus palabras, me exigía tajantemente que repitiera lo que acababa de decir». Sorprendentemente, esta exigencia sólo se producía cuando Eissler no podía satisfacerla. Del mismo modo, describe cómo la interpretación de un sueño vinculado a la sexualidad en la infancia fue recibida con el comentario «no me lo está demostrando a mí, se lo está demostrando a usted mismo», en el preciso momento en el que Eissler estaba preocupado por demostrar ante sus compañeros un asunto relacionado con este tema. El paciente estaba muy en sintonía con el inconsciente de su analista.

* * *

El proceso edípico introduce una negatividad en nuestras vidas, estableciendo tanto un significado como una limitación al significado. Al mismo tiempo, tiene efectos en nuestra libido, la excitación de nuestros cuerpos y la fuerza y la dirección de nuestros afectos. La parte más importante de este proceso es establecer la carencia. Hemos abandonado a la madre, para crear una zona de vacío que otros objetos acabarán por ocupar. Nuestra libido ha dejado nuestros cuerpos, más o menos, para vincularse a la señal de la ausencia.

Abandonar a la madre también significa abandonar lo que imaginábamos que éramos para ella. Mientras funciona el proceso simbólico, tenemos que abdicar de nuestras aspiraciones para completarla o hacerla sentirse realizada. Registramos el hecho de que no podemos serlo todo para ella, y de que le interesan otras cosas que van mas allá de nosotros. Reconocer que su conducta tiene un motivo que no está ligada a nosotros es, a la vez, trágico y liberador. Sin ello, interpretaríamos que todo está relacionado con nosotros: la madre está feliz o triste por nuestra causa, una posición a la que el niño puede aspirar, pero que a la larga no le permitiría vivir. Ser el único motivo de las emociones de otra persona supone una carga terrible, siempre seríamos responsables. Permaneceríamos en un mundo sin mediación entre nosotros y la madre, y lo que imaginamos que ella desea.

Estas ideas sobre el complejo de Edipo siempre constan de dos niveles: el reconocimiento de algún proceso —como el deseo de la madre—, y la denominación de este proceso —el padre—. No se trata sólo de la cuestión de percibir la carencia de la madre, sino de ponerle un nombre, de registrarla. Las ideas de Lacan se hacen eco y derivan de las de Bateson, que vio que el proceso clave en la infancia era el establecimiento de lo que él llamó «comunicación acerca de la comunicación». El niño se enfrenta a muchas señales y mensajes, y

debe aprender cómo clasificarlas. Si, por ejemplo, alguien le pregunta «¿Qué te gustaría hacer hoy?», podría entender el mensaje como una pregunta literal o como una crítica a lo que hizo ayer. En teoría, el contexto y el tono de voz determinarán la interpretación más probable y, de este modo, el mensaje quedará clasificado, asignado a uno de los muchos grupos diferentes que permitirán que se capte su significado.

La teoría de Lacan se centra en la misma cuestión: cómo interpreta el niño el discurso y la conducta de la madre, y cómo esta interpretación asignará estos últimos elementos a un grupo. El proceso edípico reúne las distintas representaciones del deseo de la madre mediante el acto de darles un nombre, y genera una categorización inconsciente. Para Batesony Lacan, los problemas en este proceso son indicativos de la psicosis. Como veremos más adelante, estos problemas nos permitirán no sólo distinguir los distintos tipos de psicosis, sino que también, en el caso de que la función paterna no esté presente en la psicosis, nos mostrarán cómo otras formas de construcción de grupos pueden ayudar al individuo a crear un mundo menos invasivo, más soportable.

El complejo de Edipo, en consecuencia, tiene tres funciones. Primero, introduce significado, vinculando la pregunta del deseo de la madre a una respuesta: el padre y el falo. Segundo, localiza la libido, la fuerza de nuestros afectos e intereses sexuales, haciendo de la imagen prohibida de la madre —o partes de ella— el horizonte del deseo sexual. Por tanto, hay una localización de la libido, un anclaje que sitúa los objetos de nuestros deseos fuera del cuerpo. Tercero, nos permite situarnos a nosotros en relación con el Otro, encontrar una distancia de seguridad y desplazarnos a otro espacio en el que no sólo estamos ella y nosotros.

Pero, ¿qué ocurriría si estos procesos no se realizasen o si algo impidiera o dificultara este paso a través del complejo de Edipo?

3. LA PSICOSIS

Hemos visto cómo el complejo de Edipo tiene tres funciones fundamentales. La primera establece un nuevo significado; la segunda localiza la libido del cuerpo; y la tercera establece una distancia, apartando al niño de ser el objeto exclusivo de la madre. Una vez que reconocemos estos procesos, muchos de los fenómenos clínicos de la psicosis adquieren súbitamente una nueva perspectiva. En lugar de verlos como signos de un trastorno, de caos o desmoronamiento, podemos considerarlos como intentos de resolver estos tres problemas fundamentales: ¿cómo darle significado a la realidad de uno, como anclar la libido y cómo crear una distancia de seguridad del Otro?

Cuando Schreber enfermó, en el verano de 1893, el mundo comenzó a parecerle extraño. Los acontecimientos cotidianos le parecían raros, como si fueran diferentes, como si escondieran significados que le resultaban opacos. El pensamiento —«tan ajeno a mi naturaleza»— de que sería agradable ser una mujer «sucumbiendo al coito» le perturbó: entraba en conflicto con su sentido de hombría, no lo aceptaba. Poco después, su cuerpo empezó a sufrir transformaciones peculiares: eyaculaba varias veces por las noches y sus nervios le hacían sentir lo que él llamó «voluptuosidad».

Tenía alucinaciones y sensaciones corporales constantes que le torturaban. Oía voces que hablaban sin parar y se sentía atrapado en una red física y mental con un Dios que no estaba dispuesto a colaborar con él. Al final de este largo proceso de construcción de un delirio, hasta cierto punto se restituyeron el significado y la sensación de que tenía un cuerpo. Sabía que había sido elegido como un ser excepcional y que su misión sería la de engendrar una nueva raza. El horrible dolor que le causaban sus síntomas físicos y la intensidad de las voces que oía se atenuaron: lo que antes era «espantoso y amenazador», ahora era «increíblemente inofensivo». Y sus sensaciones voluptuosas se enmarcaban ahora en un escenario en el que se adornaba con «baratijas femeninas» y se contemplaba en el espejo.

El inquietante pensamiento que conllevaba esta feminización acabó por convertirse en una idea a la que se sometió, una idea que sería por «el bien de la humanidad»: se «reconcilió» con la idea de transformarse en una mujer, no, como había creído inicialmente, para ser usado como un vil objeto sexual —«una ramera»— sino para engendrar la nueva raza. Ya no rechazaba las sensaciones de placer

femenino que sentía, sino que consideraba que cultivarlas era tanto su «derecho» como su «deber». Se trataba de una forma de intentar restaurar lo que él llamo el «Orden del Mundo», un sistema armónico que las voces le habían descrito y que él sentía que se había roto en pedazos.

De este modo, el delirio había dado sentido a la experiencia del mundo de Schreber, y le había ayudado a colocar sus difusas sensaciones libidinosas en un lugar más estructurado y localizado. Esto se había logrado al situarlo en un lugar especial, el único humano elegido para convertirse en el engendrador de una nueva raza. Aunque se había sentido afligido por no comprender los cambios que estaban sucediendo en su interior y a su alrededor, ahora estos cambios habían cobrado un sentido. Si bien en los primeros años de la construcción de su delirio la distancia de Dios siempre había sido problemática —había sido o muy pequeña o muy grande—, ahora era más sólida: incluso sentía lástima por este Dios que entendía tan poco las cuitas de los humanos.

El delirio, por tanto, había cumplido los tres cometidos edípicos: tratar los problemas del significado, la libido y el lugar en la relación con Otro más poderoso. Aunque en el caso de Schreber el delirio no fue tan sólido como él habría deseado, y tuvo que volver a ser ingresado tras la muerte de su madre y el ataque de su mujer, Sabina, en 1907, nos muestra los objetivos de la construcción de los delirios: se trataba de esfuerzos por reparar la psicosis, y no de síntomas primarios de la misma. De hecho, lo que podrían parecer signos de deterioro pueden constituir partes de un proceso mayor de reestructuración.

Otro ejemplo puede ilustrar esta función restauradora del delirio. Una joven criada por una madre dominante, que la vigilaba constantemente y cuyos cambios de humor eran espantosos e impredecibles, se convenció de que era el único ser humano que quedaba en el mundo. Su entorno, su familia y sus conocidos eran una ilusión, creados por alienígenas para estudiar sus reacciones. Su vida era sólo parte de un experimento enorme y extremadamente complicado para observar y documentar la vida de los humanos. Encerrada en su cuarto de baño, se excitaba fantaseando con la idea de que estaba siendo examinada por médicos alienígenas. Este delirio, que estaba perfectamente estructurado, le permitía sobrevivir. Hacía que su mundo tuviera sentido, explicaba la extraña conducta de su madre, y le daba un lugar en el orden del universo. Sin él, ¿cómo hubiera podido entender los cambios de humor y el escrutinio intenso y constante al que estaba sometida?

Gomo en el caso de Schreber, el delirio le otorgó un lugar en un diseño significativo. Aunque menos complicado que el sistema de

rayos y nervios de Schreber, solucionó los tres problemas edípicos: establecer un significado, localizar la libido y asignar un lugar. En vez de ser la presa de su impredecible madre, era el ser humano elegido para el experimento, lo que la apartaba de la posición de simple víctima pasiva. En este caso, el delirio da un nuevo cariz a la experiencia de *ser un objeto,* para Schreber, el paso de ser una «ramera» degenerada a ser el vehículo del futuro de la humanidad; para mi paciente, de ser el «blanco» de su madre a ser el sujeto de un estudio científico. En ambos casos, al darle un lugar al sujeto, el delirio les apartó de ser simplemente un objeto al que se le hacían cosas brutales, puesto que ahora estas cosas tenían un propósito y un sentido. Aunque ni el sistema delirante de Schreber ni el de mi paciente demostraron funcionar muy bien con el paso del tiempo, sí nos muestran cómo estos asuntos son fundamentales a la hora de trabajar con la psicosis.

Este paso de objeto a agente se observa en el trabajo del esquizofrénico norteamericano Louis Wolfson. En el libro que publicó en 1970 acerca de su experiencia, describió una escena clave de su infancia en la que su madre le observaba mientras una enfermera le metía un termómetro por el recto. Esta traumática afrenta dejó huellas en muchos de los fenómenos psicóticos de Wolfson, incluyendo la compulsión de gritar la palabra «¡Enema!» por la calle. Durante la década de los ochenta, sin embargo, parece que le surgió una nueva preocupación. Tras la muerte de su madre, empezó a preocuparle la idea de limpiar el planeta. Tuvo lugar una transformación: en lugar de estar en la posición pasiva de un simple objeto en manos de la cruel voluntad del Otro, era el orquestador de una misión de salvación. Como señaló Serge André, el indiscreto intento de limpiar su cuerpo se transformó en un deseo de limpiar el planeta, al igual que la degradante experiencia de Schreber de ser feminizado se convertiría en la gloriosa misión de encarnar al ser elegido por Dios para engendrar una nueva raza. La idea de Wolfson suponía pasar de ser el objeto de una intrusión libidinosa invasiva al proyecto de drenar la libido de todo el planeta.

Estos ejemplos nos muestran cómo el delirio no constituye un problema, sino una solución. Durante más de 150 años, los psiquiatras, desde Laségue y Bleuler hasta Lacan, observaron que lo que normalmente se consideran síntomas *de* la locura son respuestas o la locura. Los fenómenos de psicosis más «sorprendentes y llamativos», observó Freud, son «intentos de restitución o recuperación». El delirio, para Freud, no es un síntoma primario de psicosis, sino un intento de autocura: «lo encontramos aplicado como un parche sobre el lugar en el que originalmente había aparecido un rasguño en la relación del ego con el mundo exterior». Lo que tomamos como el «producto

patológico es en realidad un intento de recuperación, un proceso de reconstrucción». Cuando se hace un agujero en el mundo de una persona, el delirio lo repara dotándolo de significado: los coches que pasan me espían, las cortinas se mueven porque hay un micrófono, el amigo que me ha saludado de modo distinto hoy se ha compinchado con los que me persiguen. El delirio es, por tanto, un fenómeno positivo más que negativo, un intento de curar más que una patología, incluso cuando no consigue lo que se propone.

Para Freud, la mayor parte de la psicosis es recuperación, el esfuerzo por recrear la realidad o restablecer el contacto con ella. La rareza del delirio, a menudo, hace que parezca lo contrario, pero su función curativa puede estar excepcionalmente clara. En un caso, una mujer con erotomanía —la certeza ilusoria de ser amado por otra persona— escribió al hombre en cuestión pidiéndole que le enviara una carta formal negando que estaba tratando de causar un efecto en ella y confirmando que no era más que un extraño. Le dio un modelo que simplemente tenía que copiar, firmar y remitirle. Este no fue el resultado del consejo de su psiquiatra, sino un producto del mismo delirio. Hasta le envió un sello, demostrando que el procedimiento terapéutico formaba parte del mismo acto de locura.

* * *

Los delirios vienen casi siempre precedidos de un período en el que la persona siente que hay algún tipo de significado en el mundo, aunque no consiga precisarlo ni aprehenderlo. Parece que un póster en el metro, un artículo en un periódico o un anuncio de televisión hacen referencia a ellos, pero no saben cómo. Sólo saben que tiene que ver con ellos. Bien rápidamente o poco a poco, la realidad empieza a albergar un significado: habla, incluso si el mensaje es opaco. Este período de perplejidad enfrenta a la persona con el significado como tal, el significado antes de que se fije y se determine. El propósito del delirio es remediar esta situación, inyectar un significado fijo y determinado que reemplace a la perplejidad.

Bajo el pseudónimo de John Custance, un economista, banquero y analista británico de inteligencia durante la guerra describió su psicosis y la cristalización de su delirio. Mientras asistía a un funeral de guerra: «De repente vi claro que el sacrificio de esos millones de vidas no había sido en vano, que formaba parte de un patrón más grande, el patrón del "Propósito Divino". También sentí en mi interior la convicción de que yo tenía algo que ver con ello; parecía como si fuera testigo de una especie de revelación, aunque, en ese momento, no entendía muy bien de qué se trataba». No había duda de que el

«Propósito Divino» le concernía, aunque el significado definitivo de su rol se hizo esperar. Poco después, sufrió alucinaciones en las que órganos sexuales masculinos y femeninos estaban suspendidos en el aire y palpitaban; una señal, él lo sabía, del «Poder del Amor», un nombre que se impuso también en ese momento.

Posteriormente pudo concluir su extraordinario relato de locura con un capítulo titulado «La teoría de la realidad», en el que da una explicación básica del universo y de su lugar en él, similar en este sentido a la idea de Schreber de un «Orden del Mundo». Lo denominó así después de que una enfermera del hospital le preguntara un día por qué usaba la expresión «en realidad» tan a menudo y a qué se refería cuando lo hacía. Intentó explicarlo, pero no fue capaz, hasta que se dio cuenta de que éste era «el nombre ideal» con el que bautizar el «fuego fatuo teológico que me persigue». Ahora ya podía «sujetarlo y ponerle un nombre». La teoría es, a la vez, compacta y versátil: da sentido a toda la historia del ser humano, a los acontecimientos actuales del mundo, al bien y el mal, y a la relación entre opuestos.

Los delirios tienden a separarse en dos grupos: los intentos temporales de encontrar significado, que no duran mucho, y los sistemas más metódicos, construidos a lo largo del tiempo, que suelen ser más sólidos. Estos últimos pueden estar interconectados con sistemas de creencias muy elaborados, que confieren a la mayoría de las cosas en el mundo de esa persona un grupo de significados único o limitado. Aunque todos nos enfrentamos con la cuestión de cómo dar sentido a nuestras vidas, normalmente sólo son los sujetos psicóticos los que se lo toman realmente en serio. Cualquiera puede reflexionar sobre estas cuestiones, pero los que construyen sistemas son siempre aquellos para los que dicha tarea tiene una importancia real, existencial.

Como vimos en el último capítulo, hasta cierto punto el problema del significado queda resuelto para el neurótico gracias al complejo de Edipo: sus horizontes se estrechan cuando pasa a formar parte de la tragicomedia del mundo fálico de sus padres. Antes, el significado es una cuestión candente. Hay que encontrar una explicación a las presencias y ausencias de la madre: sus idas y venidas se viven como algo significativo pero, aun así, lleva tiempo que este significado se asiente y que se conecte, quizá, con el padre y el significado fálico.

Este proceso creará la rejilla que llamamos el complejo de Edipo, soldando significantes y significados para organizar el mundo. Pero ¿qué ocurriría si hubiera problemas a la hora de conectar los dos registros, si los significados no estuvieran disponibles para ayudar a la persona a construir su realidad? En un caso, un hombre comenzó a dudar de los significados de las palabras tras la muerte de su padre, lo

que le obligaba a llevar en la mochila un diccionario enorme a todas partes. Tenía que asegurarse de que había comprendido todo. En otro ejemplo, un hombre explicaba lo siguiente: «El otro día alguien llamó "padre" a uno de los granjeros de más edad; inmediatamente pensé que yo era su hijo. Siempre me pasa eso con palabras de este tipo; me llegan directamente». Se veía obligado a darle a las palabras un «segundo significado», especialmente si las pronunciaban otras personas.

En un caso, las palabras se desconectaban de su significado, en el otro se conectaban demasiado. Estas extrañas vicisitudes de la relación entre significante y significado son comunes en la psicosis. El crítico estadounidense Van Wyck Brooks describe cómo, en su psicosis, los cuchillos se convirtieron en algo con lo que degollarle; los edificios en algo de lo que saltar; los cinturones en un garrote; la parte superior de las puertas, en un soporte para una soga de la que colgarse, las botellas en algo que beberse hecho esquirlas. Esta espantosa transformación de la vida cotidiana hizo que estos elementos adoptaran un significado nuevo e indisoluble. Las semánticas de su entorno habían cambiado irrevocablemente. En lugar de adoptar distintos significados dependiendo de su contexto, los significantes —cuchillo, puerta, botella, etc.— sólo significaban una cosa: un medio con el que quitarse la vida.

Esta metamorfosis se evoca en películas como *Destino final,* en la que sabemos que los protagonistas van a morir de un modo horrible en insólitos accidentes domésticos. En cada escena buscamos el potencial culpable: una nevera, una lavadora, una cuerda de tender la ropa, un suelo pulido; todos adoptan ecos letales. No es difícil imaginar lo espantosa e insoportable que sería la vida para alguien para quien esto no fuera un horror aislado, sino una experiencia constante. La significación —en este caso, no sólo de mortalidad, sino del deseo de Otro de matarnos— no se reprime, sino que se asocia a todos los aspectos de la realidad de esa persona.

Mientras que en ciertos momentos de psicosis vemos al sujeto esforzándose por establecer un significado, descifrando o desvelando no sólo el significado de las palabras, sino también la relación secreta entre las cosas, en otros, trata de escapar de un significado que se ha fijado, que se ha introducido demasiado. Si bien en la neurosis la función paterna establece y limita el significado, esto no ocurre en la psicosis. Por lo tanto, se busca una alternativa, algo parecido a un código o una fórmula o, incluso, un artilugio que dote de ordeny significado al mundo. Como señaló Lewis Hill: «Los esquizofrénicos, comparados con otras personas, son extremadamente serios y están muy interesados en el significado. Intentan encontrar algún tipo de principio unificador, algún tipo de paz, simetría o armonía en el

mundo. Ya que no existe en el mundo real, la buscan en otro sitio».

* * *

Así que, ¿qué formas puede adoptar la psicosis? En contraste con el número cada vez mayor de diagnósticos que inundan hoy en día el mercado, los lacanianos tienden a tomárselo con parsimonia: en lugar de las 36o etiquetas del *DSM,* sólo reconocen tres estructuras mentales, que se excluyen unas a otras —la neurosis, la psicosis y la perversión—, y dentro de la psicosis, otras tres —la paranoia, la esquizofrenia y la melancolía, lo cual abre el debate sobre dónde situar el autismo y la depresión maníaca—. Estos diagnósticos provienen de la psiquiatría clásica y no de la contemporánea, y puede que tengan un significado bastante diferente del que conoce el lector profesional actual. El significado de estos términos debe estar claro antes de continuar, pero, quizá, sea importante comentar primero algo sobre el uso del término «esquizofrenia», puesto que, a menudo, se malinterpreta y son cada vez más las peticiones de que la categoría se elimine definitivamente.

Ya ha habido más de cuarenta definiciones de esquizofrenia en psiquiatría, sin contar el psicoanálisis y otros campos relacionados. Kraepelin hizo hincapié en los problemas afectivos y volitivos, pero sus contemporáneos criticaron que nunca presentara un criterio diagnóstico único. Bleuler, por el contrario, sí dio un criterio diagnóstico, pero al mismo tiempo argumentó que la esquizofrenia era un conjunto de trastornos más que una categoría única y unificada. Las críticas tanto a Kraepelin como a Bleuler fueron moneda común en las primeras décadas del siglo xxy, a pesar de las advertencias, el término «esquizofrénico» se usó de modo tan indiscriminado que muchas veces era sinónimo de «psicótico» o, simplemente, se utilizó para denominar a cualquier paciente especialmente difícil, del mismo modo que ocurre hoy día con la categoría de «desorden de personalidad».

Ansiosos por recuperar algo de precisión, los psiquiatras hicieron nuevas diferenciaciones: la esquizomanía, la esquizonoiay la esquizotimia. Como estas categorías noveles siguieron ramificándose del concepto de esquizofrenia, el psiquiatra alemán Karl Jaspers comentó: «Al igual que los anillos que se forman en el agua por las gotas de lluvia son al principio pequeños y diferenciados para después hacerse cada vez más grandes, asimilarse unos a otros y desaparecer, de vez en cuando en psiquiatría surgen enfermedades que crecen constantemente hasta que perecen a causa de su propia magnitud». Algunos críticos posteriores aclararon la confusión clasificatoria de la que se lamentaba Jaspers aduciendo que en las instituciones mentales

se agrupaba a los aquejados de psicosis con los sifilíticos. De ahí la falta de precisión y el pesimismo terapéutico de la clínica de Kraepelin, que había confundido una forma específica de desintegración orgánica con la psicosis.

Puesto que la presencia de espiroquetas sifilíticas en el cerebro sólo se descubrió en 1917, parece probable que muchos de los diagnosticados con esquizofrenia fueran simplemente casos no diagnosticados de infección orgánica. De hecho, Kraepelin y sus estudiantes también pensaron en ello, lo que parecía confirmar, aun más, que la psicosis tenía una etiología estrictamente orgánica. En cuanto a las infecciones sifilíticas, las notas meticulosamente registradas sobre los casos se estudiaron después de 1917 para ver hasta qué punto podrían haber sido la causa del estado de los pacientes. En la mayoría de los casos no lo fueron, aunque desafortunadamente los detractores de Kraepelin no tuvieron en cuenta este estudio.

Hoy día, el *DSM IV-TR* define la esquizofrenia mediante un proceso de selección: es necesario presentar, al menos, dos de los cinco tipos principales de síntomas de una lista, que incluye delirios, alucinaciones, alteraciones del habla, comportamiento desorganizado o catatónico y los llamados «síntomas negativos», como problemas afectivos o volitivos. Algunas alteraciones deben haberse presentado durante más de seis meses y, si los delirios son extraños o las alucinaciones incluyen un comentario constante o un diálogo, basta con que se dé uno de los síntomas para hacer el diagnóstico. Los detractores del *DSM,* a menudo, han señalado que los criterios diagnósticos son extremadamente vagos, puesto que suponen que dos personas pueden tener esquizofrenia sin compartir ningún síntoma. Asimismo, no abordan el problema de la psicosis no desencadenada, que ya hemos comentado anteriormente.

En particular gracias al *DSM,* el diagnóstico de la esquizofrenia hoy en día sigue generando confusión y prejuicios. A los pacientes se les enseña a considerarla una enfermedad incurable que requiere sujeción química continuada. Desgraciadamente, también se han olvidado las refutaciones de opiniones simplistas y cambios de paradigma en el campo. En un estudio muy extenso sobre esquizofrenia, Manfred Bleuler escribió, en 1951, que «la mayoría de los investigadores ya no considera la esquizofrenia una enfermedad en sí misma, un trastorno heredado, una expresión de una enfermedad somática, o un trastorno susceptible de un tratamiento somático "específico"». Y, aun así, desde entonces el apetito por los modelos simplistas de enfermedad combinado con los prejuicios siempre presentes hacia los «enfermos mentales» provoca que sea exactamente así como la mayoría de la gente ve la esquizofrenia hoy en día.

A menudo también se olvidaron las observaciones de muchos psiquiatras de los años setenta, que sostenían que la forma más común de esquizofrenia no precisaba hospitalización. Atrás quedó el carácter biológico definitivo del pesimismo inicial de Kraepelin y las descripciones clínicas, a menudo, ofrecían una imagen radicalmente opuesta a la imagen frecuente de persona retraída y catatonica: los «nuevos» esquizofrénicos buscaban compañía. Trataban de establecer relaciones, se casaban, buscaban trabajo, viajaban, exploraban su sexualidad y experimentaban con drogas. La esquizofrenia se comparaba más con los intentos de usar el entorno social para contrarrestar la desintegración que con una enfermedad. Lo que nos hacía pensar en la esquizofrenia ya no era la catatonia, sino una personalidad extrovertida, parlanchína, hambrienta de vínculos sociales. Desgraciadamente, esta idea no tuvo tanta influencia como podría haber tenido, pero, aun así, mostró cómo podía usarse el estilo de vida para encontrar el equilibrio, un hecho que no podemos permitirnos ignorar hoy en día y al que volveremos más tarde.

Teniendo en cuenta los problemas con el uso contemporáneo del término, ¿por qué seguir refiriéndonos a «esquizofrenia»? Lacan era cauto en este sentido, y apenas usaba el término, al que, en ocasiones, anteponía la palabra «llamada». Pero la idea de un grupo de esquizofrenias tiene cierta validez clínica y conceptual para indicar la variedad de casos en los que no se da una integración sólida de la imagen corporal, en la que la libido vuelve ante todo al cuerpo y en la que la construcción sólida de los delirios se abrevia o está ausente. Gomo dice Jay Watts: «Lo que mantiene unido a este grupo es el problema de la unión». Conseguimos definir el contorno de las esquizofrenias al compararlas y contrastarlas con la paranoia y la melancolía.

Ya hemos visto cómo el delirio puede ser transitorio y poco elaborado, o sistematizado y amplio. Para distinguir los distintos tipos de psicosis, y para arrojar luz sobre los tipos de construcciones delirantes que sobrevienen, podemos volver a los tres problemas fundamentales que trata el complejo de Edipo. En lugar de intentar fundamentar una clasificación en rasgos superficiales, como el tema central de una psicosis —por ejemplo, religioso, espiritual o fantástico —, las cuestiones subyacentes del significado, la localización de la libido y la distancia del Otro permiten aclarar realmente la cuestión diagnóstica. Si bien la metáfora paterna los regula en la neurosis, en la psicosis este proceso no se lleva a cabo. Depende de cada sujeto psicotico inventar su propia solución a estos problemas, y los distintos estilos de respuesta nos permiten diferenciar y definir las distintas formas que puede adoptar la psicosis.

En la paranoia, se cristaliza un significado: la persona sabe qué es

lo que falla en el mundo. Hay una conspiración contra ella, tiene una misión que cumplir, un mensaje que difundir. Sea el que sea el contenido real del delirio, el significado que se atribuye a la situación es sólido. La libido se encuentra fuera: en el perseguidor o en un fallo de la sociedad o del Orden del Mundo. El FBI, la Iglesia católica o BP son el demonio y hay que hacerlo público. Ahí fuera hay una «maldad» que ha sido localizada y que tiene un nombre. El contenido del delirio paranoide puede ser totalmente cierto: se puede acusar a BP de destrozar la naturaleza. La paranoia no reside tanto en la idea, sino en la seguridad y rigidez con la que se mantiene y se transmite, y el lugar que ocupa en la vida de esa persona.

En este caso paranoia no significa paranoide, pero, a menudo, ambos términos se confunden. Cualquiera puede ser paranoide y determinadas situaciones pueden provocar pensamientos paranoides en todos nosotros. Sin embargo, esto es muy distinto de la paranoia en sí, en la que la persona construirá algo, armará un sistema de ideas como respuesta a su experiencia de desmoronamiento. La paranoia implica la creación de un conocimiento, de un sistema de creencias en torno a un fallo o a un perseguidor, que tiene una gran capacidad explicativa y que va más allá de la simple asunción de que a uno le persiguen o le difaman. También hay muchos casos de paranoia donde el énfasis no se pone en el perseguidor sino en un problema del mundo que hay que resolver.

Detrás de esto está el trabajo y los conocimientos que estructuran la relación de la persona con el mundo. Hay que diferenciar esto de los pensamientos e ideas paranoides con los que a menudo nos topamos en el grupo de las esquizofrenias, como señaló Henri Claude. La ausencia de la inscripción de un tercero hará que esta posibilidad esté siempre presente: la persona puede sentirse amenazada o perseguida, o sentir que alguien está demasiado cerca. En la esquizofrenia, las ideas paranoides constituyen un mecanismo de defensa contra el miedo a la desintegración. Uno de mis pacientes podía detectar con gran precisión cómo pasaba de comenzar a sentir ansiedad y perder el control de sus pensamientos a organizar los distintos objetos de su odio: el inspector de Hacienda, su vecino, un antiguo profesor. El odio, dijo, «me permite controlar mejor mis pensamientos, sé dónde van». Gomo dijo otro sujeto psicótico, «el odio es un modo de dar forma».

Los delirios de la paranoia también se diferencian de las ideas paranoides de otro modo. En la paranoia, el yo y el Otro están estrictamente separados, pero en los pensamientos paranoides del esquizofrénico pueden llegar a desdibujarse estos límites. El Otro está presente en ellos mismos, como si no fuera posible una separación total. Un esquizofrénico puede que crea que los pensamientos, y hasta

las sensaciones que tiene, no son suyas, sino que, de algún modo, las han puesto ahí o incluso que se trata de las experiencias de otra persona. El paranoico, al contrario, ve fuerzas externas que actúan desde el exterior, no desde el interior, y no existe la idea de que le han robado o introducido pensamientos en la mente. La separación entre el yo y el Otro se mantiene, lo que implica que el paranoico es básicamente inocente: siempre es culpa de los demás, ya se trate del vecino, la CÍA O el gobierno.

En la melancolía, al contrario, siempre es culpa del sujeto. A pesar de las objeciones que se le hagan y hasta de que se le exonere legalmente, la persona está erróneamente convencida de que ha hecho algo mal. Este agravio puede identificarse con una falta o negligencia en su conducta, pero, al final, incumbe a su mismo ser, al núcleo de su existencia, que es juzgado despiadada y severamente. El yo es irremediablemente culpable, y no hay nada que pueda hacerse al respecto: el significado se ha fijado. El sujeto puede llegar a asediar a los individuos de su entorno con una letanía de autorreproches, y si un terapeuta trata de persuadirle de que lo que ocurre no es culpa suya, o un jurado le declara no culpable de un delito, puede llegar a ponerse en peligro a sí mismo o a otros para demostrar que es culpable.

Algunos profesionales ven la melancolía como una imagen especular de la paranoia, aunque existen casos en los que el sujeto melancólico no termina de condenarse: permanece en un limbo espeluznante, constantemente en el banquillo de un tribunal que no ha emitido su veredicto. La autoacusación puede ser bastante discreta, y esconderse tras el vicio del alcohol o las drogas. La melancolía puede no llegar a adoptar la forma del autorreproche declarado que se transmite a las personas del entorno, aunque, cuando esto ocurre, suele ser de modo manifiesto y repetitivo.

La culpa en la melancolía reside básicamente en el sujeto y no en el Otro. Como señaló Jules Séglas, al melancólico nunca le atacan desde fuera y, por lo tanto, no recurre a la autoridad civil o legal para que le defiendan: ya está perdido o condenado. En la paranoia, la culpa sí la tiene el Otro y, aunque a menudo adopta una forma persecutoria —el Otro me ataca, me mina, me acusa—, puede adoptar tonos menos invasivos cuando se identifica al Otro con la naturaleza o con algún tipo de cualidad abstracta del mundo. La clave es que la persona quiere poner orden, eliminar la maldad, ya sea porque interpreta que es algo que han urdido los humanos o porque es el resultado de algún proceso natural. Esto podría ser compatible con cualquier tipo de investigación científica. Si se identifica el mal, por ejemplo, con una enfermedad, la persona podría llegar a dedicar su vida a realizar estudios médicos de mucho valor.

Como observa Piera Aulagnier, el paranoico puede insistir en que el mundo debe «estar hecho para atenerse a un orden, una ley, un conocimiento que el grupo ha olvidado o traicionado». Generalmente, el paranoico se presenta como el único intérprete o legítimo heredero de una ley o conocimiento, ya sea un dogma religioso, una teoría social o educativa, o algún tipo de verdad científica. Además de crear un nuevo orden, también es muy frecuente la idea de reinstaurar en el mundo un orden o sistema que se ha perdido. La persona puede buscar en la Biblia o en textos antiguos algún tipo de conocimiento oculto que debe volver a difundirse para traer cordura, paz u orden al mundo. Estos esfuerzos pueden llegar a atraer a un gran público, como queda patente en el apetito generalizado que existe en los movimientos seculares y religiosos que reivindican el acceso a un conocimiento secreto.

El paranoico trata de denunciar o suprimir la fuerte libido del Otro, ya esté encarnado por un individuo, una agencia, una enfermedad o, incluso, una raza. En este caso, el objetivo puede ser la corrupción de la moral, la pureza, la buena educación o la decencia. En algunos casos, la sociedad considera que los esfuerzos del paranoico son encomiables y, en otros, los condena por homicidas. La comparación de los judíos por parte de Hitler con una mácula maligna en la pureza racial fue —y sigue siendo— aceptada por mucha gente, al igual que el asesinato de Olof Palme fue considerado por algunos como un acto legítimo respaldado por un sistema moral y, por otros, como un estallido de violencia criminal inaceptable.

En la actualidad, no es casual diagnosticar erróneamente la paranoia. En la paranoia, la libido se asigna al Otro, lo que significa que el sujeto es inocente. Siempre es culpa de otro. No soy yo el que tiene un problema, son los alienígenas de la nave espacial que me persiguen. El paranoico está en la posición del demandante, que señala la culpa en el Otro y, a menudo, esto es compatible con la normalidad. La persona no se quejará de ningún síntoma, y si se mantiene relativamente tranquila puede llegar a acumular información sobre su perseguidor, construir defensas o dedicarse a estudiar lo que en su opinión no funciona en el mundo.

La paranoia puede manifestarse de modo más visible cuando a un acontecimiento real, a menudo provocado por un accidente o a raíz de una herencia, le sigue una acción legal, una búsqueda de ecuanimidad, y el sujeto se siente tratado injustamente. Comienzan a enviarse cartas a las autoridades y a los periódicos. La sociedad nos anima hoy día a vernos como víctimas, y casi todas las acciones humanas se convierten en legales sólo si podemos reclamar algo. Consecuentemente, las fuerzas sociales crean un escenario en el que reclamar no es el último recurso para el ciudadano, sino un rasgo

fundamental que define cualquier transacción. Hoy en día, hasta los niños pueden presentar una reclamación formal contra sus padres y emprender acciones legales. En consecuencia, hay concordancia entre la subjetividad moderna y la paranoia, entre la normalidad y la locura.

Lo que la antigua psiquiatría interpretó como los rasgos definitorios de la paranoia —la inocencia y el sentido de la justicia—, se ha convertido hoy día en la expresión del individuo moderno. Por supuesto, no podemos negar que, a veces, las instituciones persiguen y tratan injustamente a las personas. Sin embargo, lo que importa es cómo se interpreta, cómo se procesa, cómo se traduce este hecho. Una señal de la psicosis subyacente suele ser el fuerte sentido de lo que es correcto y lo que es incorrecto. Cuanto más fija y rígida es la atribución de la culpa al mundo exterior, más probable es el diagnóstico de paranoia. Aveces conocemos a paranoicos que nos describen con todo lujo de detalles las injusticias que han sufrido: sus amigos les han dado la espalda, han sufrido discriminación en su trabajo, han sido víctimas de un horrible accidente o calamidad. Aunque todos los ejemplos parecen impecables, la letanía de quejas revela la rigidez, que es la marca distintiva de la paranoia. Los ejemplos por separado parecen ser fruto de la mala suerte, parece que la culpa haya sido de los demás..., pero, en cualquier caso, lo que debería alertarnos sobre el diagnóstico es esta misma inocencia del que se queja.

Aunque algunos paranoicos parecen resignados o tranquilos, otros se mantienen ocupados y muchas veces son agentes de importantes cambios sociales. Los neuróticos no luchan por gran cosa, más bienviven en la fantasía de que otra persona les resolverá la vida. Los neuróticos evitan el riesgo, pero los paranoicos ponen su energía al servicio de causas en las que creen y a ellos debemos tanto las mejores como las peores transformaciones de nuestra sociedad. Ya que su misión es la de transmitir la verdad y denunciar algún tipo de maldad o vileza, es posible que hagan mucho bien, y, como hemos mencionado anteriormente, un delirio paranoide puede ser perfectamente compatible con una verdad. El médico húngaro Ignaz Semmelweiss salvó millones de vidas al observar que la escasa higiene en el momento del parto era una causa de mortandad infantil, aunque su delirio con respecto a la veracidad de su idea le llevó a ser internado en una institución mental.

A menudo, los médicos malinterpretan esto, y asumen que el hecho de que algo terrible le haya sucedido a un paciente descarta la presencia de un delirio. Sin embargo, un acontecimiento real y un delirio son absolutamente compatibles. Una persona puede haber sido víctima de abusos sexuales en la infancia y sufrir el delirio de que

abusan de ella: la clave está en el modo en que la persona construye el significado en torno a un evento, el lugar que le atribuye en su vida. Los traumas severos en la infancia o la edad adulta pueden desviar la atención de este hecho. El terapeuta puede llegar a sentir tanta lástima por las penurias que ha soportado el paciente que deja de escuchar cómo se han procesado los acontecimientos traumáticos. De hecho, aveces nos encontramos con que los acontecimientos traumáticos que parecen empujar a alguien a la psicosis han sido provocados por un cambio inicial en la relación de la persona con su entorno: la sospecha y la desconfianza, por ejemplo, pueden llevar al paciente a tener desavenencias con los que se encuentran a su alrededor. Consecuentemente, los efectos de dichas desavenencias se perciben incorrectamente como las causas de la psicosis.

Podemos contraponer el efecto de transmitir una historia traumática con su opuesto, hacer énfasis en la salud física o mental. Una persona a la que se le da luz verde tras un chequeo y que insiste en contarle a todo el mundo que está en perfecto estado de salud, puede tener tantos delirios como el sujeto melancólico que se queja sin parar de que está condenado a la perdición. Puede que el contenido de los pensamientos sea absolutamente correcto —los resultados médicos lo prueban—, pero el lugar que ocupan en el discurso de la persona puede indicar la presencia de psicosis, marcada por la letanía de autoestima que no tiene en cuenta a los interlocutores a los que se dirige. Puede que el profesional tenga muchas menos dudas al reconocer el diagnóstico en este caso que en los que la queja se centra en acontecimientos traumáticos.

Ya sea el contenido del delirio correcto o no, lo que importa es la relación de la persona con él. En la paranoia, a menudo, el delirio se trata como un mensaje que debe transmitirse, y esta pasión por la verdad puede venir acompañada de un rechazo a lo que es falso, no auténtico, o socialmente convencional. Puede adoptar la forma de un rechazo a la tecnología, la atención médica o los hábitos alimenticios comunes, y puede estar relacionado con un proyecto para regresar a lo natural, como si la naturaleza fuera, en sí misma, una forma de «verdad» no adulterada.

El hecho de que hoy día se anime a todo el mundo a que haga lo posible por salvar el planeta resulta de mucha utilidad aquí. El reformador o salvador del mundo ahora puede coexistir con los demás sin llamar mucho la atención. A todos se nos anima a salvar el planeta con pequeños detalles. Asimismo, la idea de devolver el mundo a un estado anterior también está unida a la preocupación actual por la ecología. Puede que exista una imagen de un orden orgánico, como el popularizado por la película ylraíar, en el que todo está conectado y unido a una especie de biología perfecta.

* * *

La idea de una misión es interesante, y matiza una percepción generalizada de la psicosis. Algunos trabajos de finales de los cincuenta y los sesenta pusieron cada vez más énfasis en las dinámicas de comunicación de las familias de sujetos psicóticos. ¿Cómo se dirigen los unos a los otros? ¿Qué tipo de comunicación latente existía además de la manifiesta? ¿Qué mensajes recibía el sujeto psicótico?

Gregoiy Batesony sus compañeros sostuvieron que en muchos casos los mensajes eran contradictorios o ambivalentes: al niño se le dice que haga algo a la vez que percibe que le dicen que no lo haga. Un comportamiento afectuoso por parte del padre puede esconder hostilidad o ansiedad, pero esto no puede reconocerse abiertamente. En un ejemplo, un paciente hospitalizado parecía contento de ver a su madre y abrió los brazos para abrazarla. Ella se puso tensa, pero cuando él retiró los brazos, ella dijo: «¿Ya no me quieres?». Guando él se sonrojó, añadió: «Cariño, no puedes tener tanta vergüenza y miedo de tus sentimientos». Él se quedó con ella sólo unos minutos más y, en cuanto ella se marchó, el paciente agredió sexualmente a una auxiliar sanitaria.

Los sujetos esquizofrénicos, sostenía Bateson, se encuentran en este tipo de situación «de doble vínculo», paralizados entre mensajes contradictorios. De hecho, es difícil saber qué tipo de mensaje es cada uno. ¿Es una orden directa? ¿Es una broma? ¿Es una petición genuina? Partiendo de este punto muerto, existen varias respuestas: asumir siempre que hay un mensaje oculto detrás del mensaje recibido, actuar como si todos los mensajes fueran iguales, sin que ninguno tenga demasiado peso y tomárselos a broma o, simplemente, ignorarlos, viendo y escuchando cada vez menos lo que ocurre y desvinculándose del entorno. Para Bateson, estas posturas correspondían respectivamente a las formas de esquizofrenia paranoide, hebefrénica y catatónica.

Podemos contraponer esta noción de mensajes contradictorios presente en la esquizofrenia con la posición del paranoico: el dilema del sujeto puede ser, precisamente, el hecho de que no recibe mensajes contradictorios. Podemos comparar la exposición de Freud del pequeño Hans —en la que está claro que el niño recibe un mensaje de su madre y otro de su padre, sin mencionar las contradicciones internas de estos mensajes— con la de un niño al que se le dice exactamente cuál es su rol: por ejemplo, ser el sustituto de un niño que ha muerto o de un antepasado. Este mismo estancamiento y la imposibilidad de una tensión dialéctica entre mensajes pueden contribuir a la elección de una posición paranoica.

Esta idea resuena con una observación que se ha hecho en

ocasiones sobre la infancia de los sujetos esquizofrénicos. Incluso si se les cuida y se les ama, puede existir cierto «anonimato» en cómo se les valora. Una mujer me explicó una vez cómo amaba a sus cinco hijos por igual, y añadió: «Cuando tienes un hijo, es tu deber amarlo». 0, en otro ejemplo, cuando al preguntarle a la madre de Joey por el nacimiento y la infancia de su hijo, ésta lo describió como «a un conocido difuso, una persona o acontecimiento del que había oído hablar y que había percibido sin interés». El niño puede sentir esta falta de particularidad, y, como sugiere Pierre Bruno, se puede contraponer con la designación experimentada por el futuro paranoico, como si fuera nombrado para un cierto rol, lugar o misión. Posteriormente, al contrario que el esquizofrénico, el paranoico además designará a su perseguidor rigurosamente, con un nombre.

La antigua psiquiatría dio una importancia especial al momento en el que el paranoico pone nombre a su perseguidor o lo que sea que ocupa el lugar del Otro, y esto nos da una pista importante en cuanto a la dinámica subyacente. Anteriormente, hablando del complejo de Edipo, hemos visto que un momento clave es la simbolización de las idas y venidas de la madre, una comprensión de que existe un espacio más allá de ella que la aparta del niño. Más tarde se vinculará al padre, y, específicamente, a la significación fálica. En la paranoia, en la que no ha tenido lugar este proceso, la persona sigue tratando de elaborar su propia interpretación del deseo de la madre. Logra ponerle un nombre, y esto nos muestra una diferencia fundamental con respecto a las esquizofrenias: en este último grupo existe una dificultad en la simbolización real del deseo de la madre.

El problema, en este caso, es que cuesta registrar un espacio más allá de la madre: de este modo, la persona puede intentar desesperadamente introducir o crear alguna forma de carencia en su entorno. Lo observamos claramente cuando trabajamos con la esquizofrenia infantil, en la que, a menudo, el individuo intenta quitarle algo del cuerpo al terapeuta: una cinta del pelo, las gafas, un bolígrafo. También puede tratar de encontrar un lugar en el que no se le pueda ver: si el Otro está demasiado presente, demasiado cerca, demasiado dentro, el sujeto necesita hacerse con un espacio en el que refugiarse de esta proximidad. Ya que existe un registro inicial del espacio vacío, el esquizofrénico procura encontrarlo. Asimismo, los perseguidores no adquieren la misma consistencia y longevidad que en la paranoia: tienden a ser más transitorios y puede incluso se les llame «ellos» en lugar de ponerles un nombre único que los identifique.

En la paranoia, consecuentemente, hay una denominación del deseo del Otro (la CIA, el FBI, etc.), mientras que en la esquizofrenia el sujeto se queda en un nivel en el que trata de entender este deseo.

Mientras que la paranoia requiere una interpretación del deseo del Otro, la esquizofrenia lo deja abierto. El significado, por tanto, es más o menos fijo en la paranoia, pero inestable en la esquizofrenia. Esto es justo lo que observamos en la práctica: los lamentos del paranoico son inmunes al consejo o la intervención, mientras que el esquizofrénico puede llegar a describir su franqueza, su indefensión contra todo lo que le ocurre, como si no hubiera un significado central y unificador que pudiera proporcionarle protección y orientación. Esto puede quedar patente en el mismo lenguaje, ya que el esquizofrénico pasa de un tema a otro sin que exista un significado central de referencia.

Vemos esta diferencia claramente al comparar a Sergei Pankejeff con Harold Shipman. Mientras que Pankejeff se pasó casi toda la vida hablando con psicoanalistas, psiquiatras y psicólogos para que le dijeran qué tenía que hacer, para ordenar y darle sentido a su experiencia y a su cuerpo, Shipman no tenía mucho que decir. Era taciturno y reservado, a pesar de estar muy seguro de sus conocimientos médicos y de la misión que tenía de ponerlos en práctica. Shipman no recurrió a ningún psiquiatra, policía o investigador forense, y se negó a dialogar. Para él, no había preguntas ni suspensión del significado, como observamos en la esquizofrenia.

Un joven sujeto psicótico con el que trabajé se pasaba el día deambulando y repitiendo la palabra «¿Pasa?» —una forma corta de «¿Qué pasa?»— como si estuviera aquejado del síndrome de Tourette. La expresión se repetía en su cerebro y la verbalizaba continuamente, asociándola al rapero Jay-Z. Aunque la muletilla era bastante común, le había llamado la atención un vídeo en el que parecía que lo único que Jay-Z hacía era repetirla una y otra vez. Podríamos interpretar esta imitación como un efecto de admiración o fascinación por el rapero, pero también parece mostrar la posición primaria del sujeto: «¿Pasa?» indica una suspensión en el significado, como si se hubiera quedado atascado haciendo esta pregunta básica, en contraposición con el paranoico, que, de hecho, sí sabe qué es lo que pasa.

La inestabilidad del significado resuena en algunas de las sensaciones físicas que describen los esquizofrénicos. Pueden quejarse de dolor corporal o sensaciones extrañas, quizá buscando consejo médico para ponerles nombre y entenderlas. Es interesante observar que muchas veces detrás de estos reclamos se encuentra el deseo de comunicar que *algo ha cambiado*. Este cambio utiliza el cuerpo como lenguaje: la persona intenta comunicar el mensaje de que las cosas ya no son como eran, que ahora son diferentes. Como ocurría con el problema de simbolizar el deseo de la madre, no se entiende. Mientras que en la paranoia el sujeto puede sentirse obligado a propagar un mensaje sobre el mundo, la religión o la ciencia, algunos esquizofrénicos sólo quieren decir que ha habido un cambio. Y,

generalmente, quieren que este cambio se represente, se registre y se designe de algún modo.

Si en el complejo de Edipo del neurótico la función del padre pone nombre al deseo de la madre, determinándolo y confiriéndole un significado, en la psicosis hay que inventar nuevas formas de designación. Es fascinante ver cómo los esfuerzos por designar pueden, de hecho, estar codificados en los mismos delirios. Pensemos en el famoso «Telar Aéreo» de James Tilly Matthews. Matthews era un comerciante de té londinense que fue internado en Bedlam, en 1797, tras irrumpir en mitad de una sesión en la Cámara de los Comunes. Llegó a creer que su cuerpo y su mente estaban controlados por una espantosa máquina llamada el «Telar Aéreo», situada cerca del hospital, que lo manipulaba por «química neumática». Las torturas que le infligía eran tan reales que tuvo que acuñar nuevas palabras para denominarlas. La máquina la controlaba una banda a cuyos integrantes él llamó «El hombre del guante», «Sir Archy», «Jack el maestro» y «El intermediario». Este despiadado equipo no sólo se dedicaba a torturarlo, sino que también debía mantener un registro de su actividad: incluía a un «Registrador», que se encargaba de la taquigrafía. Como se ve, la función designativa estaba presente en el delirio que Matthews construyó.

El juez Schreber describió una función similar en sus *Memorias.* Nos cuenta que tenía libros y otras notas que contenían todos sus pensamientos y palabras, así como los artículos que poseía y los que fue encontrando. Como no estaba seguro de quien escribía exactamente, supuso que debían ser «criaturas con forma humana en distantes cuerpos celestiales». Carentes de inteligencia, sus manos eran guiadas «automáticamente»; su única función era la de mantener un registro escrito.

Reconocer la importancia de la función designativa nos permite ser sensibles a los esfuerzos del sujeto psicótico por estructurar su mundo. En lugar de desestimar sus creaciones tildándolas de inútiles o fantasiosas, el esfuerzo por designarlas exige respeto y estímulo. La neurosis y la psicosis, a su vez, pueden considerarse como distintas modalidades designativas. Mientras que en la neurosis el complejo de Edipo logra poner nombre al deseo de la madre, recurriendo a una ficción normativa, en las psicosis el sujeto tiene que inventar: en el caso del paranoico, poniendo nombre a lo que no funciona en el mundo; en el caso del melancólico, poniendo nombre a lo que no funciona en su interior, y en el caso del esquizofrénico, como una actividad no resuelta y perpetua.

* * *

Si pasamos ahora de la cuestión del significado al problema de

localizar la libido, aparecen más contrastes. Para el neurótico, la libido siempre está vinculada a un sentido de pérdida. Nunca experimenta suficiente placer: es efímero, inalcanzable. Es el efecto de la separación simbólica de la madre: ella sigue siendo inaccesible, y pueden evocarnos detalles que nos recuerden el placer mítico y perdido que asociamos con ella. Pero en la psicosis, como hemos visto, la libido no está vinculada a un signo negativo, sino a un signo positivo. Está demasiado presente. Y mientras que en la paranoia se localiza fuera, en el Otro (el perseguidor o la tara del mundo), en la esquizofrenia invade el cuerpo de la persona.

Schreber observó que, aunque los «nervios de la voluptuosidad», como él los llamó, estaban situados en las proximidades de los órganos sexuales en el hombre, en su caso se encontraban por todo el cuerpo «desde la punta de la cabeza hasta las plantas de los pies». En consecuencia, sentía «placer sensual femenino». La excitación no se limitaba a las zonas erógenas, como le ocurriría a un neurótico, sino que se expandía por todo su cuerpo. Una de mis pacientes sentía que sus órganos sexuales le subían por el cuerpo, extendiéndose hasta la cabeza, y que el cerebro se le hinchaba a menudo como una vagina.

Invadido por este exceso, el sujeto esquizofrénico puede tratar de negarlo, recurriendo a médicos, procedimientos quirúrgicos o prácticas de autolesión, para convertir el signo positivo en negativo. En este caso, la libido priva a la persona del sentido de unidad corporal, y la persona puede tratar desesperadamente de restablecer los límites de su cuerpo mediante el ejercicio, las visitas al gimnasio o prestando una especial atención a su vestimenta. Otra paciente sentía que su cuerpo se disolvía, sin que hubiera diferencia entre el interior y el exterior. Tenía pavor de que, literalmente, se le salieran los órganos del cuerpo. Para salvarse, compró un bolso de mano carísimo, pequeño y compacto, que le permitió construir la realidad de un espacio delimitado en contraposición a uno abierto. Mientras que antes nunca había prestado atención al cruzar la calle, y pensaba que sería un alivio que lo atropellaran, ahora cruzaba con cuidado: no para protegerse, explicó, sino para asegurarse de que el bolso no se estropeara.

En otro caso, una paciente esquizofrénica contó que no había limpiado su apartamento en varios años: había sangre, orina y heces por todas partes, entre montañas de basura, platos sucios y desechos. Preocupada por su salud, cuando se le ocurrió contratar a alguien para que limpiase, le dije que me parecía una idea excelente, como si un tratamiento cosmético de su espacio personal fuera a tener impacto en su estado mental. Ella sabía que tenía que hacer algo al respecto pero al mismo tiempo, estaba preocupada ya que, para ella, su apartamento era su cuerpo: no «como» su cuerpo, sino simplemente su cuerpo, y

era por eso por lo que tenía que mantener los efluvios a su alrededor, para reafirmarse en el hecho de que sabía dónde estaba cada parte de su cuerpo. Cuando la persona entró a su piso para limpiar, la psicosis se reavivó. La introducción de un tercero en lo que literalmente era su cuerpo fue catastrófica: ahora, dijo, ya no sabía dónde estaban sus órganos. La división entre el interior y el exterior desapareció, y sintió que su cuerpo había sido descuartizado.

Esta preocupación por los límites corporales es crucial en la esquizofrenia. «Mi cuerpo no está delimitado», explicaba un paciente, «no hay una sustancia separadora, como la piel que tienen los demás. Cualquier cosa puede entrar y, de hecho, entra en cualquier momento. Estoy constantemente expuesta». «Los órganos que se supone que hay dentro de mi cuerpo», continuó, «están fuera». A veces la persona siente que se han intercambiado partes de su cuerpo con las de otras personas, y viceversa. «Mi cuerpo ha cambiado», comentó una mujer: una parte de su cintura había sido sustituida por la de otra mujer y ahora temía que su brazo corriera la misma suerte. «Mi mano», dijo, «no es mía». «Es como si las asquerosas partes del cuerpo (de la otra mujer) hubieran ocupado el lugar de las mías». Tenía que hacer unos esfuerzos horribles para conservar el resto de su cuerpo, protegiéndolo de la apropiación.

En la esquizofrenia, los cambios físicos pueden adoptar formas muy diversas: sensaciones de movimiento dentro del cuerpo, como tirones y empujones, órganos o partes del cuerpo que se encogen o se dilatan, órganos que desaparecen, un exceso de energía vital o un agotamiento total, sensaciones de frío o calor, de quemazón, ardor o picor localizadas en un punto o por todo el cuerpo. El paciente puede quejarse de que la parte del cuerpo afectada se ha vuelto más estrecha, más ancha, se ha aplanado, se ha hinchado, se ha secado, se vuelto nudosa o se ha desplazado. Puede sentir que lo sujetan y lo oprimen cuerdas o pinzas, o que le insertan cuerpos extraños, y tiene la sensación de agrietarse, de ser arrastrado, comprimido o dislocado.

Incluir la libido en el cuerpo supone que la persona esquizofrénica puede estar preocupada por temas de salud y explica por qué la psicosis con frecuencia se manifiesta primero en forma de hipocondría. La persona puede consultar a su médico de cabecera a causa de dolores o sensaciones extrañas, incluso si no se aprecian delirios. Lo normal es que el médico de cabecera la derive a un especialista para un reconocimiento, y el escrutinio médico puede continuar sin que se perciba lo que ocurre. La sensación física puede estar localizada en un área determinada y, aun así, no asociarse a ningún diagnóstico conocido. Sin embargo, el modo en el que la persona describe su experiencia nos puede dar pistas diagnósticas: puede que el paciente utilice repetidamente la misma palabra o

expresión al hablar con varios médicos, o que su discurso esté lleno de símiles e imágenes curiosas que usa para tratar de fijar las sensaciones.

El influjo de la libido en el cuerpo la vuelve demasiado presente, demasiado material, aunque en algunos casos observamos exactamente lo contrario. El cuerpo se experimenta como una imagen bidimensional y no como una masa insoportable y torturadora. Bleuler cita a pacientes que se sentían «un mero reflejo» de sí mismos, «un dibujo en un libro» o «como una imagen en movimiento proyectada en una pared». La cualidad bidimensional de una imagen virtual se convierte en la misma experiencia corporal del sujeto. Después de que se desencadenase su psicosis, una mujer describió cómo era incapaz de reconocerse en el espejo: «Sólo veía el vacío. Yo no era más que una ilusión. Quería romper el espejo para destrozar la ilusión y ver la realidad». Para conseguir volver a conectar con su imagen tenía que sentarse delante del espejo durante horas y repetir su nombre.

Todos los ejemplos anteriores muestran un problema en la construcción de la imagen corporal, como si no se hubiera producido la unificación de la fase especular. «Mi cuerpo no se sostiene..., no tengo conectados el cuello y la cabeza», se quejaba un hombre. «No hay nada más allá de mi estómago. Tengo abiertos el estómago y la parte superior del cráneo». Esta falta de estabilidad en los límites del cuerpo puede incitar a los esquizofrénicos a seguir una dieta, a ir al gimnasio o a iniciar un patrón de autolesión. Cortarse o quemarse partes del cuerpo puede ser una forma, como dijo un paciente, de «hacer mi propio cuerpo». Todas estas prácticas pueden ser intentos de encontrar un modo de habitar el cuerpo y, obviamente, es peligroso intentar eliminarlas antes de encontrar una alternativa.

La falta de consistencia física en la esquizofrenia sugiere que las dimensiones reales e imaginarias no se han conectado bien con la simbólica. No hay nada para sujetar la imagen física, ningún marco interno que ofrezca una estructura. Consecuentemente, en algunos casos, la visualización puede ir a la deriva o el cuerpo puede sentirse como una superficie externa con la que la persona no tiene un vínculo sólido. James Joyce describió una experiencia de juventud en la que fue atacado por un grupo de chicos, aunque no sintió dolor real: fue como si su imagen corporal, dijo, se limitara a despegarse de él. La fase especular suelda nuestra imagen y la designa como nuestra, mientras que en la esquizofrenia esto es problemático: la persona puede casi literalmente confundirse con otra, no reconociendo su cuerpo como propio, o sufriendo la intrusión del cuerpo de otra persona en el suyo.

En la esquizofrenia, cuando la integridad del cuerpo queda comprometida, el suicidio puede parecer una solución, un modo de

recrear los límites del cuerpo. Como explicó la mujer que hemos citado anteriormente, «mis tripas y mis órganos están fuera, y es algo tan insoportable que sentía que lo único que me aliviaría sería saltar por la ventana, para que, con un poco de suerte, encontraran un cuerpo ahí abajo y pudieran volver a meter las tripas y coserlo, y así me pudieran enterrar como Dios manda». La idea del suicidio en este caso tiene menos que ver con la muerte que con la recolocación de los órganos en el cuerpo y, después, con la idea de un entierro «como Dios manda», que le otorgaba valor simbólico. Otra paciente, desesperada por restaurar el orden en su cuerpo, dijo: «Si me ahorco o me caigo, al menos así mi cuerpo estará íntegro». Le fascinaban las marcas de tiza que delimitaban el espacio en el que se había hallado un cuerpo en las series de televisión, como si éstas fueran el «último recurso» que le quedaba: las marcas ofrecían una imagen perfecta de lo que debía ser un cuerpo, recogido y delimitado.

La invasión del cuerpo por la libido en la esquizofrenia y su localización en el perseguidor en la paranoia pueden contraponerse a la melancolía, en la que la libido ni está localizada en el Otro ni en el cuerpo como tal, sino en la imagen que la persona tiene de sí misma, en su ego: el sujeto no sirve para nada, es sólo una pérdida de espacio, basura, e insiste en ello con un monólogo incesante de autodenigración. No es culpa del otro, como en la paranoia, sino de la propia persona: el individuo mismo es la causa de las calamidades del mundo. En contraste con la duda neurótica —«¿Tengo yo la culpa?»— el melancólico tiene claro que algo —o todo— es culpa suya: «Yo tengo la culpa». Vivir con la carga imposible de esta culpa puede llevar al suicidio. Es como si el sujeto melancólico albergara una culpa primaria, ontológica, dentro de sí, e incluso puede llegar a sacrificarse para salvar al mundo.

Hay que precisar que no todos los casos de psicosis en los que la persona insiste en sus pecados son casos de melancolía. La autoculpa continua, de hecho, puede ser una forma de paranoia megalomaníaca, como señaló Karl Abraham. Las declaraciones de culpabilidad pueden disfrazar una paranoia, en el sentido de sentirse «el mayor pecador». El caso Wagner es un buen ejemplo. Se condenó a sí mismo por el inefable delito de mantener relaciones sexuales con animales, y mató a su familia para erradicar los malos genes que podían transmitirse, pero no era melancólico. Lo comprobamos en su reproche a los que supuestamente lo perseguían, y en el hecho de ponerles un nombre: los hombres de Mülhausen.

Es interesante observar que tanto antes como después de los asesinatos, Wagner escribió poemas y obras de teatro que imaginó publicadas o representadas. Creía que sería reconocido como el mayor dramaturgo de Alemania. Cuesta no asociar esto al motivo de la

paranoia: mientras que el mundo a su alrededor le consideraba un pecador, con su producción literaria podría ser considerado un gran escritor, como si esta última glorificación fuera el contrapeso a su condena, igualmente delirante. Como escribiría más adelante: «Dejando a un lado el tema del sexo, yo era el mejor hombre de todos los hombres que he conocido», lo que muestra a un hombre que quería ser valorado desde la perspectiva del arte, ya que en este campo no era prisionero de lo que había vivido y sufrido.

* * *

¿Por qué en la psicosis está presente en todas partes el tema de ser excepcional? Ya sea un héroe o un chivo expiatorio, el sujeto ocupa un lugar especial y único. Es importante no precipitarse e interpretarlo como un delirio de grandeza. Como señaló Bleuler, los reyes y los emperadores, los papas y los redentores internados en su hospital no tenían inconveniente en hacer trabajos de poca importancia. La novia de Cristo hacía la colada sin quejarse, y el rey estaba encantado de trabajar en la granja. A pesar de su elevado estatus, el hijo de Dios o el papa podían hablar de su situación con total indiferencia. ¿Cómo podía explicarse esta aparente contradicción?

Aunque los delirios de grandeza sí existen, son una subclase de todos esos delirios que buscan colocar al sujeto en un lugar de excepción. Como señaló Arthur Barton hace muchos años, el narcisismo que la persona aparenta mostrar aquí es de una naturaleza más existencial que egoísta. No le interesa inflar su ego, sino, simplemente, sobrevivir. Y sobrevivir implica crear un espacio singular e individual, que no es parte de un conjunto o grupo preexistente. Pensemos en las fantasías que tienen los niños de crear un hogar dentro de su hogar, un cubículo o un escondite especial asociado a la casa o al jardín familiar, pero que no sea parte de ellos. En la psicosis, no se trata de un capricho infantil, sino de una necesidad.

¿Por qué tiene la creación de dicho espacio una función tan importante en la psicosis? La idea que dicta el sentido común es que, simplemente, se trata de una transformación de los delirios persecutorios: «Como todos me atacan, debo de poseer algún secreto, don o poder especial». Schreber explica: «Como Dios ha establecido contacto a través de los nervios exclusivamente conmigo, de algún modo me he convertido para Dios en el único ser humano o, sencillamente, en el ser humano alrededor del cual todo gira, con el que todo lo que ocurre debe estar relacionado y que, por tanto, desde su punto de vista, debe estar relacionado con todas las cosas». Por

consiguiente, la idea que tiene el sujeto de sí mismo parece derivar del lugar que ocupa para el Otro.

Esta era básicamente la opinión de Theodor Meynert, Cari Wernicke y otros psiquiatras franceses de finales del siglo xix, que consideraban los delirios de grandeza como racionalizaciones de los delirios persecutorios. Pero, clínicamente, dicha secuencia no es común. Y, de hecho, si se tratara de un proceso deductivo, uno esperaría que la mayoría de ideas persecutorias se convirtieran en ideas de grandeza. La explicación debe encontrarse en otro sitio. ¿Acaso el lugar de excepción no proporciona a la persona una solución a la pregunta infantil sobre qué somos para el Otro, no le da una forma de situar su existencia como parte del mundo, pero también fuera del mundo que habita? Estar demasiado dentro resultaría insoportable, así que es necesario construir un espacio seguro en otro sitio, en el lugar del tercero que nunca estuvo a su lado.

La idea de Schreber de ser el único engendrador de una nueva raza proporcionaba una solución a sus terribles experiencias persecutorias y a la creación de dicho espacio: ahora ocupaba una posición que tenía sentido y que, para él, era lógica. Un lugar excepcional era la manera de darle al Otro lo que no tenía: el Orden del Mundo se había roto, y alguien tenía que entrar en el espacio necesario para restablecer el equilibrio. Él consiguió entrar en ese espacio lógicamente necesario o, concretamente, imaginó que éste era su futuro.

Es frecuente encontrar este rasgo en el prototipo de sujetos psicóticos que inventan cosas. Puede tratarse de una nueva idea de negocio o de algún aparato: la persona ha comprendido qué le falta al mundo y trata de suministrárselo. Aunque superficialmente pueda parecer una mera búsqueda de una recompensa económica, a menudo existe esta lógica subyacente de calcular lo que le falta al Otro para conseguir algo que lo supla. Es una manera de interpretar el deseo del Otro, no en términos de persecución, sino de carencia. Mientras que el paranoico puede tener la aspiración de completar al otro, el esquizofrénico suele ser más cauto: el proyecto se sitúa en el futuro, por lo que todavía hay un espacio vacío que le separa del Otro.

En contraposición con estos casos, hay verdaderos delirios de grandeza, muchas veces asociados a una historia infantil con una madre que ensalza al niño para acabar abandonándolo. Esto resulta de la rápida alternancia de ideas entre ser una persona de gran valía y convertirse en un ser vacío y despreciable. Mientras analizamos estos pensamientos, vemos que la persona, con frecuencia, se vincula a alguien con quien se identifica literalmente de un modo casi mágico como si fuera la otra persona. Una paciente me dijo que no necesitaba

ir a una recepción, porque cierto personaje famoso estaría allí. Guando le pregunté a qué se refería, me explicó que la presencia de él en la recepción implicaba que ella ya estaba allí. La separación de dicha figura o su pérdida no conllevaría una depresión melancólica, sino el suicidio. Clínicamente, es extremadamente difícil trabajar con este aspecto de la psicosis, puesto que el Otro es vital, pero al mismo tiempo muy destructivo para el paciente. A menudo, la persona no hace nada con su vida, ya que el Otro la sustituye, una situación que puede resultar insostenible tanto en la fase maníaca como en la depresiva.

En la euforia maníaca, todo parece posible, y la persona tiene un sentimiento de comunión con el mundo, de ser parte de otra persona o proceso. En *Sonrisas y lágrimas*[1] la hermana María explica en la primera escena por qué llega tarde a sus tareas en el convento: ahí fuera, en la montaña, dice, sentía que realmente formaba parte de la naturaleza. Podemos contraponer esta alegría contagiosa con las ideas de grandeza que a veces encontramos en la esquizofrenia, cuando la persona no necesita al mundo y puede aislarse de él perfectamente. En la paranoia, las cosas son muy distintas, puesto que las ideas verdaderamente paranoides raramente parecerán fruto del estado de ánimo: por eso, la persona puede estar tranquila y sosegada y, acto seguido, como hemos visto en el caso Wagner, salir y matar a alguien. Hasta que se toca llega al momento paranoide, todo parece normal.

4. LENGUAJE Y LÓGICA

¿Cómo podemos explicar algunas de estas diferencias entre las distintas psicosis? Si tanto en la paranoia como en la esquizofrenia existe la idea de ser controlado desde fuera, ¿por qué puede esta influencia hacer que se desencadene la esquizofrenia en una persona, privándola tanto de su pensamiento como de su cuerpo? Alguien deprimido puede contarnos que come y camina como si otra persona estuviera comiendo y caminando, y que se siente desconectado de sus actos, pero en la esquizofrenia puede existir la idea de que a uno, en realidad, le *obligan* a hacer esas cosas. Esta diferencia es crucial. Los actos, al igual que los sentimientos y los pensamientos, pueden producirse desde fuera, y no sólo experimentar como remotos.

¿Qué es, para empezar, lo que nos controla desde fuera? De niños, son los que cuidan de nosotros, aquéllos con cuyo discurso nacemos. Dependemos casi completamente de ellos y nuestra propia subjetividad tiende a reafirmarse y formarse mediante negativas. Cuando decimos no a que nos alimenten, por ejemplo, mostramos que somos diferentes de ellos, que, sencillamente, no somos sus marionetas. Si podemos hacerlo a través de nuestras acciones, también podemos hacerlo mediante el habla, aunque es complicado, por el hecho de que el habla, inicialmente, viene de ellos. Aprendemos palabras de ellos, y si aceptamos que el pensamiento depende de estructuras verbales, nuestro pensamiento, en cierto modo, también tiene su origen en ellos.

Como sostuvo Freud en un debate, después de que Victor Tausk leyera una ponencia sobre la idea de la influencia externa en la esquizofrenia: «La noción del niño de que los demás conocen sus pensamientos tiene su origen en el proceso de aprender a hablar. AI obtener el lenguaje de los demás, el niño también ha recibido pensamientos de ellos-, de este modo, la sensación del niño de que los demás conocen sus pensamientos y de que los demás le han "construido" el lenguaje y, con él, sus pensamientos, en realidad tiene un fundamento». Una mujer esquizofrénica comentó que, cuando era más joven, su padre podía oír sus pensamientos y, con razón, se los

quitó.

Jean Piaget observó que puesto que los niños perciben que los adultos saben mucho más que ellos y tienen mucha más destreza verbal, también pueden suponer que los adultos conocen sus pensamientos. Esto puede verse reforzado por el hecho de que los adultos también tratarán de entender y de prever sus pensamientos y deseos. El momento clave, por lo tanto, se producirá cuando el niño se dé cuenta de que el adulto no conoce sus pensamientos, y esto se refleja en la relación del niño con la verdad. Si el niño puede decir una mentira, significa que no está bajo el control de sus padres: ha creado un espacio que es sólo suyo, y de ahí que la mayoría de los niños pasen por una fase en la que juegan con la verdad. Pueden ocultarla, aplazarla o sencillamente rebatirla. Mediante este proceso se debilita el dominio de los que cuidan al niño sobre sus pensamientos, si es que no se impugna directamente.

En la esquizofrenia, sin embargo, este dominio no siempre se destruye, y puede afectar al cuerpo y a la mente. La persona puede sentirse engañada, hipnotizada, invadida, manipulada y privada de su voluntad. Mientras que el paranoico tiene un límite en su cuerpo y en sus pensamientos, el esquizofrénico puede sentirse sujeto a algún poder externo que lo controla y que puede abandonarlo en cualquier momento. Está en la posición de un objeto, utilizado por un Otro poderoso, y quizá piense que es su juguete pasivo, un motivo que raramente encontramos en la paranoia. Gomo observó Kraepelin, en la paranoia no existe la idea de una abolición de la voluntad.

Esta aparente ausencia de voluntad, sin embargo, está vinculada a la cuestión del lenguaje. En la esquizofrenia, existe una permeabilidad al lenguaje, como si las palabras y las imágenes tuvieran un efecto directo. Algunos sujetos esquizofrénicos obedecerán cualquier orden o sugerencia que venga del exterior, y ésta es una de las razones por las que muchas veces parece que tuvieron infancias felices y sin incidentes. Hacer todo lo que les dicen de un modo obediente pasivo y continuo elimina los dramas que tienden a salpicar otras infancias. Un paciente de Arieti se paraba, al caminar, cada vez que veía una luz roja y, si veía una flecha, iba en la dirección que indicaba. Si no veía ninguna señal, se quedaba paralizado.

La obediencia en este caso no lleva aparejada ninguno de los conflictos que cabría esperar: resentimiento, protesta o vergüenza. En su lugar, las palabras se siguen como instrucciones: una persona puede empezar a practicar yoga porque vio un anuncio en una revista, casarse porque se lo aconsejaron sus amigos, o ir a terapia porque alguien se lo sugirió. Como señaló Serge Leclaire, es como si los intermitentes de un coche le dijeran al conductor dónde ir, en lugar de indicar adonde se dirige. Un joven me contó cómo había

apuñalado a un profesor en el colegio sólo porque otro niño le había pedido que lo hiciera. No sentía particular hostilidad hacia el profesor, pero cuando escuchó la orden del otro niño, sintió que no tenía otra opción que obedecer. Mientras asestaba el golpe a su víctima, se sentía como una máquina, carente de emoción, de sentimiento.

Esta permeabilidad puede operar a distintos niveles. Andy Warhol explicaba que tenía una tez peculiar a causa de la pérdida de pigmento: «Vi a una chica caminando por la calle cuya tez tenía dos tonos distintos y me fascinó tanto que la empecé a seguir. Dos meses después, mi tez también tenía dos tonos. Ni siquiera llegué a conocer a la chica —era sólo una persona que vi por la calle—. Le pregunté a un estudiante de medicina si creía que el tono de piel se me podía haber pegado de mirarla». Hay una correlación directa, como si una cosa pudiera causar otra que, quizá, tiene eco en la idea generalizada de la enfermedad: la persona tiene este problema por esta causa. Se ha eliminado la compleja red de factores de predisposición, condiciones y causas.

También vemos esta permeabilidad en los casos *iefolie á deux,* en los que parece que dos personas comparten el mismo sistema de delirios. Hubo un tiempo en que los psiquiatras estaban intrigados por este fenómeno, y separaban a los dos sujetos para ver si los delirios persistían. A menudo comprobaban que, al separarlos, uno de los dos veía el «error» al que le había conducido el compañero dominante. Pero, también en la misma medida, observaban que el hecho de reconocer este error sustituía al delirio «equivocado» con una rapidez sospechosa; en efecto, la permeabilidad de la persona no había variado, aunque lo hubiera hecho el delirio. Entonces, creía a otra persona que le decía que la hubieran engañado. La cura —reconocer lo absurdo del delirio y dejarlo atrás—, consecuentemente, podría ser la propia señal de la locura.

Pero, ¿por qué esta permeabilidad al lenguaje? Aunque todos somos moldeados y dirigidos, hasta cierto punto, por los discursos con los que nacimos, en la esquizofrenia la falta de mediación es sorprendente. Se describe una fuerza externa que entra directamente en el sujeto. Si esto viene principalmente de los progenitores, indica que el niño ha permanecido soldado a las ideas y las palabras de éstos, incapaz de separarse de ellos. Esta apropiación ocurre también a nivel físico. Anna Freud observó cómo el cuerpo de un niño es, ante todo, el objeto de otra persona. La persona que lo cuida tiene control absoluto sobre su cuerpo, ocupándose y encargándose de él. Tanto los procesos externos como los internos estarán asociados a este Otro. La sensación de hambre, por ejemplo, es inseparable de la voluntad de la persona que cuida al niño: si tenemos hambre, no es sólo porque no tenemos

comida, sino porque el Otro no nos ha dado de comer. La mayoría de las sensaciones internas estarán asociadas de modo similar al cuidador, como si éste tuviera el poder de dar una respuesta a ellas. El Otro está, en consecuencia, ligado a nuestro cuerpo por dentro y por fuera, de modo que lo que ocurre en su interior depende de él. Este hecho tiene especial importancia en la esquizofrenia, no sólo por las extrañas sensaciones corporales presentes, sino también por el hecho de que se atribuyan a una influencia externa. Después de todo, sólo en la esquizofrenia observamos alteraciones volitivas, como si nuestra vida interior —nuestros pensamientos y nuestra carne— no nos perteneciera, algo que no está presente en la paranoia.

Si lo simbólico no ha separado al niño de la madre, éste permanecerá incluido en ella. Como expresó un paciente: «Me miro los brazos y no son míos. Se mueven sin mi consentimiento. Otra persona los mueve. Mis miembros y mis pensamientos están atados a hilos y otras personas mueven esos hilos». El Otro está presente dentro del sujeto, que hará lo posible por obligarlo a salir, mediante la automutilación o, en algunos casos, el suicidio. Como observó Gisela Pankow, estos suicidios no muestran tanto el intento de matarse a sí mismo, sino de matar algo que la persona tiene dentro.

Dichos casos nos muestran que el sujeto permanece demasiado conectado al Otro, incapaz de establecer los límites adecuados. La simbiosis aquí no es sólo con el cuerpo de otra persona, sino también, como señaló Lacan, con los significantes que vienen del Otro, con sus ideas, su discurso, su lenguaje. Por ello a menudo nos sorprenden las historias que se narran del mismo modo en una familia, cuando tanto el progenitor como el hijo describen una historia familiar o algún acontecimiento exactamente igual, como si hubieran digerido el mismo discurso. Se da una especie de «ventrilocuismo» entre generaciones.

Piera Aulagnier describe el caso de Jeanine, una mujer esquizofrénica que estaba catatónica cuando empezó a trabajar con ella en un entorno hospitalario. Gradualmente, Jeanine fue capaz de hablar de su vida, aunque sus palabras parecían reflejar exactamente las de su madre. Su versión de su educación correspondía perfectamente a la de su madre, atribuyendo el mismo significado que su madre a los acontecimientos. La madre había sido muy buena, trabajando desinteresadamente por sus hijos, y Jeanine había sido una niña obediente y feliz, que no parecía tener problemas importantes hasta que la ingresaron muchos años después.

Guando Jeanine empezó a recordar más detalles de su infancia, describió cómo su madre las encerraba a ella y a su hermana en un armario, para protegerlas de un posible encuentro con su padre, que tenía prohibido ir a la casa. También recordó que durante años su

madre las ataba a ella y su hermana a la mesa del comedor durante horas para evitar que se pincharan con los alfileres que utilizaba para su trabajo como modista. Describió esta escena sin mostrar ningún tipo de emoción, y cuando Aulagnier le comentó que debía de haber sido doloroso, Jeanine le contestó convencida que eso era lo que su madre había tenido que hacer para protegerlas.

Por supuesto, en cierto modo era verdad. Atar a sus hijas a la pata de la mesa impedía que se pincharan con las agujas que había esparcidas por todas partes. Sin embargo, no se le ocurrió que su madre hubiera podido encontrar otra solución con el paso de los años. No era capaz de cuestionar el significado de estas escenas de infancia, pero en su psicosis sus perseguidores tenían intención de matarla después de atarla a la cama. La televisión le hablaba, particularmente en escenas de violencia que incluían la inmovilización de alguien. La imagen de un explorador atado a un árbol a punto de que le arrancaran la cabellera era un mensaje que interpretaba como si ella fuera a correr la misma suerte. Los médicos, dijo, querían «inmovilizar mi cuerpo y mis pensamientos para poder imponerme este castigo».

Asociar todo esto a las escenas de infancia le producía un alivio instantáneo, pero a Jeanine este alivio le duraba estrictamente lo que duraba la sesión. Esto demostraba cómo el significado que Aulagnier trataba de transmitirle no podía integrarse en su psique, volviendo en su lugar en forma de delirios. La firma de la psicosis en este caso no es sólo el pensamiento que no se asimila, sino la armonía con el discurso de su madre. El hecho de que fuera incapaz de plantearse cuestionar la versión de su madre de los acontecimientos de su infancia, muestra una simbiosis, no con el cuerpo físico de su madre, sino con su lenguaje, sus ideas.

* * *

En la psicosis a menudo se ha estudiado la relación con el lenguaje, y podemos contraponer de nuevo la paranoia y la esquizofrenia. La condensación de significado inmovilizado que observamos en la paranoia es muy distinta de la polisemia, la riqueza de significado que encontramos en la esquizofrenia. Por supuesto que los sujetos esquizofrénicos hacen conexiones para construir significados, para intentar explicar lo que le ocurre a sus cuerpos o para darle sentido a las voces que oyen, pero estos intentos, con frecuencia, son insuficientes. Mientras que el significado establecido por el complejo de Edipo esté ausente, la persona está a merced de una multitud de significados; esto puede ir acompañado de una habilidad literaria y poética, pero, a menudo, la persona se siente abrumada e invadida por el significado. Es como si los remaches que conectan el significado y el

significante se hubieran deshecho y la persona no fuera capaz de volver a fijarlos, construyendo un delirio.

Desafortunadamente, la mayoría de las investigaciones sobre lenguaje y psicosis en la corriente dominante de la psiquiatría se han traducido en experimentos que infantilizan a los sujetos y malinterpretan las cuestiones clave. Muchas veces, a las personas diagnosticadas de psicosis se les pide que definan términos como «mesa» o «silla», que coloquen palabras en grupos o que expliquen proverbios. A veces, como es de esperar, este tipo de pruebas ponen de manifiesto alguna carencia o deficiencia en el sujeto psicótico, pero lo absurdo de la tarea parece que se les escapa a muchos estudiosos.

¿Qué significa, después de todo, que un experimentador le pida a un sujeto que defina una palabra? Esta pregunta crucial no se tiene en cuenta en lo sustancial. Cuando Silvano Arieti le preguntó a una paciente: «¿Qué es la vida?», ella contestó: «Necesito saber a qué "vida" se refiere. ¿Ala vida de la revista *Life,* **[2]** o a la persona que puede hacer a otra persona feliz?». Arieti al principio interpreto esta respuesta corno un ejemplo de «pensamiento esquizofrénico», pero después lo interpreto de otra forma: «¿Me está preguntando a mí, que sólo tengo el bachillerato, que defina lo que ni siquiera Linneo y Darwin fueron capaces de definir?».

Cuando Arieti le pidió a la misma paciente que definiera la palabra loco, dijo: «Un loco es un loco cuando llama loco a un loco». Lo interpreto como una iteración psicótica de la misma palabra, pero más tarde se dio cuenta de que la paciente se refería al hecho de que él era un loco si pensaba que ella era una loca porque era una paciente psiquiátrica. Le llevó muchos años comprender esto, pero, aun así, estos experimentos continúan realizándose en la actualidad sin tener en cuenta lo que Arieti acabó por comprender. Los resultados negativos de estas pruebas son una reminiscencia de la conclusión de Richard Neuhaus de que los habitantes de las Islas de los Mares del Sur veían peor que los europeos, puesto que no obtuvieron buenos resultados cuando los examinó utilizando las tablas de letras occidentales que se llevó con él.

Además de tratar al sujeto del experimento como un niño, estas pruebas pasan por alto la cuestión de a quién le está hablando uno. Como señaló Gregory Bateson, el sujeto psicótico es particularmente consciente de los procesos metalingüísticos: si alguien dice algo, no sólo se considera el «contenido» de lo que ha dicho, sino que también, de manera significativa, surgirá una pregunta: «Me estás diciendo esto ahora, pero, ¿por qué lo estás diciendo?» Cuando la madre de Louis Wolfson le preguntó: «¿Me pasas una hoja de papel?», él dedicó al menos doce páginas de sus memorias a analizar lo que podrían haber significado esas palabras. Teniendo en cuenta esta susceptibilidad, qué

podría ser más natural durante la prueba que preguntar: «Me has traído a esta habitación, estás ahí sentado con un cuaderno o una grabadora y me estás preguntando qué es una mesa o qué es la vida, ¿qué quieres en realidad?».

Es interesante ver cómo ser consciente de a quién se está hablando adquiere distintos matices en las diferentes formas de psicosis. Los primeros investigadores pensaban que en el llamado «lenguaje esquizofrénico» las palabras se unen a otras palabras mediante el sonido, y no mediante el significado, en el mensaje que se está transmitiendo. Louis Sass comentó: «En lugar de estar guiado por una sensación general de significado intencionado, el flujo y el sentido del mensaje vienen determinados principalmente por rasgos intrínsecos y normalmente irrelevantes del sistema lingüístico». Es como si no se tomaran en consideración las necesidades del oyente. A veces se ha explicado refiriéndose a que el hablante tiene demasiadas posibilidades y, en consecuencia, la persona no puede hablar o actuar, como si se paralizase por las múltiples opciones.

A menudo observamos que los pacientes saltan de una idea a otra. Pueden darse rarezas en el ritmo del discurso, cambios repentinos, inesperados para el oyente, y referencias de carácter alusivo. Bleuler puso énfasis en las interrupciones en el discurso que, en su opinión, indicaban una suspensión del pensamiento. Como dijo uno de mis pacientes: «No es que decida dejar de pensar o que quiera bloquear algo; se trata sólo de un montaje. Como en el montaje de una película, primero hay una cosa y luego hay otra». Este montaje puede interpretarse como un efecto de la forclusión: cuando el hablante se acerca a un significado que no puede asimilar, se abre un hueco. De ahí viene el cambio repentino a otro tema o idea.

Las referencias de carácter alusivo sugieren otra dificultad subyacente. Hablar supone adaptar nuestras palabras y nuestro entendimiento a la persona con la que estamos hablando. Incluimos a nuestro interlocutor en lo que decimos, mediante el tono que adoptamos, el modo en el que hablamos y el mensaje que intentamos transmitir; por eso, a veces nos ponemos nerviosos: no nos salen las palabras, ya que somos demasiado conscientes de cómo puede interpretarlas nuestro interlocutor. Pero, sea cual sea la situación, el otro siempre está ahí cuando hablamos, y lo necesitamos para poder hablar. Más allá del oyente de carne y hueso, éste otro también evoca una función más abstracta, un lugar en el discurso desde el que se nos escucha: el Otro con «O» mayúscula. En una ocasión en la que un amigo me dijo «Tengo un nuevo trabajo, ¿eh?», incluyó esta función en su frase con el «¿eh?». Este «¿eh?» ponía el índice no tanto en la especificidad del oyente como en un lugar inscrito en el discurso,

necesario para definir nuestra posición. Como dicen los teóricos de la comunicación, las palabras no sólo definen el mundo, sino a la persona que las emplea.

Lacan puso el acento en este Otro presente en el discurso y en sus efectos en la dirección del significado. En la psicosis existía un problema con este proceso, y la dificultad o imposibilidad de incluir al Otro tenía como consecuencia, entre otras, que el oyente no estaba codificado en el discurso del sujeto. El hombre con el que solía hablar en la comunidad terapéutica nunca me dijo: «Vivo en Xamara, ¿eh?». Esto podría hacer que pareciera que el hablante no era consciente de con quién estaba hablando. El significado no se construiría a medida que hablaba, dejando que el Otro lo guiara y le diera forma, sino que podía haber llegado ya formado, por así decirlo. En ocasiones podría tomar la forma de una alucinación. El hablante podría quedar atrapado en una charla cotidiana vana y sin sentido, sin un centro simbólico, o quizá ser el blanco de una comunicación divina. Encontrarse en la primera situación lo expondría todavía más a la sugestión y a la permeabilidad de la que hablábamos antes. De igual modo, el interlocutor podría encontrarse en el lugar de una persona sin sustancia, de una especie de marioneta, o de una presencia fundamentalmente extraña o potencialmente amenazante.

Esta dificultad en situar al Otro puede afectar no sólo al lugar del oyente, sino también, y de modo bastante radical, al lugar del propio hablante. Después de todo, encontramos nuestra posición en el discurso mediante el Otro. Guando se compromete esta posición, se puede cuestionar la misma referencia del pronombre personal. En un célebre ejemplo comentado por Lacan, el paciente no estaba seguro de a quién se refería el «yo» en su frase: «Yo acabo de volver de la charcutería». Esto es común en las alucinaciones auditivas, en las que el pronombre se experimenta de modo alusivo: cuando se le pregunta a quién designa el pronombre, el sujeto duda, aunque sabe que la frase alucinatoria que contiene el pronombre le concierne. Esta vacilación fue evocada maravillosamente por una paciente que dijo que era incapaz de enviar una carta porque «no había nadie que la remitiera». No es que hubiera tenido un lapsus —y «remitiera» debería ser sustituido por «recibiera»—, sino que lo que trataba de decir exactamente era lo siguiente: no existía el lugar desde el que ella pudiera hablar. El «yo» para ella era un agujero.

Es importante reconocer que los problemas del lenguaje que hemos comentado no tienen por qué estar siempre presentes en la esquizofrenia. La mayor parte del tiempo, el sujeto esquizofrénico habla como todo el mundo, y esto sólo se da en determinadas situaciones. Muchas de las generalizaciones que se hacen sobre el lenguaje psicótico realmente sólo pueden aplicarse a ciertos casos en

momentos determinados. A menudo escuchamos, por ejemplo, que los esquizofrénicos consideran las palabras como objetos reales, pero esto sólo se aplicaría a ciertas palabras en ciertas situaciones.

En una famosa viñeta presentada por Tausk, una joven creía que tenía los ojos torcidos. Se lo explicó a su amado haciéndole una serie de reproches: no lo entendería, le parecía distinto cada vez, era un hipócrita, era un «torcedor de ojos» *(«augenverdreher»)*. Este último término en alemán significa «embustero», y a partir de esta palabra ella había hecho la asociación de ideas de que él le había torcido los ojos y, por eso, ahora ella tenía los ojos torcidos. La expresión se había vuelto literal, y las palabras habían moldeado directamente la experiencia de su cuerpo. Este tipo de transformación se consideró un ejemplo de pensamiento concreto. Como observó Bleuler, si en su interior arde la llama de un amor secreto, el sujeto esquizofrénico puede llegar a creer que alguien le está haciendo quemarse con fuego realmente.

En otro ejemplo, un niño acudió a la consulta de su médico de cabecera a causa de su nerviosismo en el momento del divorcio de sus padres. El médico le explicó al niño que tenía los «nervios malos», y que los nervios son como gusanos debajo de la piel. El niño empezó a meter las manos y la cara bajo el agua de veinte a treinta veces al día, puesto que, como solía ir a pescar, sabía que los gusanos reventaban si se secaban. Así que tenía que mantener sus nervios constantemente húmedos. El niño había interpretado la metáfora del médico literalmente, y este tipo de proceso no es infrecuente en la psicosis. Alguien que recibe una carta con una mancha y puede interpretar que significa que hay una mancha en su carácter. Sérieuxy Capgras comentan el caso de una mujer que examinaba toda su correspondencia, interpretando la puntuación literalmente. Cuando su hermano le escribió «Esperamos que te recuperes pronto» *(«Nous désirons taguérison»),* se percató de que el punto *(point)* al final de la frase era excesivamente grande, y releyó la frase como *«Nous ne désirons point ta guérison»* («No deseamos que te recuperes»). Así, las palabras y la puntuación se leen literalmente, y no como tropos convencionales o figurativos.

¿Cómo podemos hacer que esta forma de leer tenga sentido? Arieti habla de la concretización activa: el paciente que siente que su mujer le amarga la vida empieza a sentir un extraño sabor en la boca cuando come lo que ella le ha preparado. El pensamiento de que ella está envenenando su vida se transforma en una percepción, el extraño sabor, que indica que ella le pone veneno en la comida. Otro paciente se ve como una persona echada a perder, y alucina con que su cuerpo desprende un olor asqueroso. Este no es un proceso metafórico, y el mal olor no simboliza nada: simplemente equivale a su propio ser.

Como observa Arieti, el olor para nosotros puede ser un símbolo de cómo se siente consigo mismo, pero para él no lo es.

En este punto, los teóricos suelen apelar a la distinción entre abstracto y concreto, como si la idea abstracta de estar echado a perder se convirtiera en la idea concreta del olor. Lo que no puede sostenerse en un nivel abstracto se vuelve una representación concreta. Kurt Goldstein pensaba que el «lenguaje esquizofrénico» suponía un debilitamiento del pensamiento abstracto. El esquizofrénico, sostenía, en general no podía pensar en una abstracción como «la mesa», sino sólo en una mesa específica. El concepto no podía abstraerse de su encarnación real. Esta absurda idea, como señaló María Lorenz, queda refutada por el ejemplo que hemos citado anteriormente: la respuesta de la paciente de Arieti demuestra una comprensión perfecta de la distinción entre lo concreto —la revista *Life*— y lo conceptual —la vida emocional de una persona —.

Pensemos también en Joey, que en un momento determinado dejó de llamar a la comida «correctamente», y creó nuevas categorías. El azúcar pasó a ser «arena»; la mantequilla «grasa»; el agua, «líquido», etc. Privó a la comida de sabor y de aroma y abstrajo esas cualidades físicas de sus fuentes nutritivas. Bettelheim no lo consideró como una señal de déficit, sino como un logro de éxito, con el objetivo de que el lenguaje reflejase su experiencia en un mundo empobrecido.

Pero, en última instancia, la distinción en sí misma entre concreto y abstracto es de poca ayuda, ya que lo que cualifica como abstracto y concreto dependerá de los hablantes, de los contextos, de las culturas y de muchos otros factores. Puede no haber nada abstracto en la expresión «la vida emocional de una persona», igual que la revista *Life* puede ser concreta en un momento y abstracto en otro, indicativa de cierta visión del mundo o de estatus social, por ejemplo. Si un paciente al que le molestan los sonidos y los ruidos los describe como «dedos que se me meten en la cabeza», poco importa usar los conceptos concreto o abstracto. Lo que importa es cómo usa la persona las palabras, el lugar que tienen en su discurso. Y esto, de hecho, es lo que le interesaba a la antigua psiquiatría.

* * *

Los psiquiatras de finales del siglo xix prestaron mucha atención a cómo usaban los psicóticos las palabras. Estaban especialmente interesados en los neologismos, las palabras inventadas que con frecuencia salpicaban sus discursos. «He sido satanizado», dijo un paciente. «No me aceptan», dijo otro. Mientras que los significados siempre se refieren a otros significados, el neologismo es discordante y

fijo, está menos abierto a cambios y modificaciones de sentido. Estas palabras están aisladas y tienen un peso especial, diferente al resto del discurso de la persona. Jules Séglas observó que, aunque en la psicosis con frecuencia se acuñan nuevas palabras, un neologismo puede ser sencillamente una palabra cotidiana que ha adquirido un significado especial y personal para el sujeto. Un paciente explicó que había sido víctima de abusos sexuales de niño y que ahora quería ser «desabusado» mediante la terapia. Podríamos verlo como un simple error de aprendizaje, un uso incorrecto de una palabra, pero la clave siempre reside en cómo la utiliza la persona, en qué momento vuelve a su discurso.

En lugar de ver los neologismos como síntomas primarios de la psicosis, Jung sostenía que, en realidad, constituían intentos de restitución. Buscaban circunscribir una experiencia para el sujeto, y la categorización de neologismos psicóticos realizada por el psiquiatra italiano Eduardo Tanzi lo demostró claramente. Tanzi dividió los neologismos en una serie de grupos: aquellos que designaban personas o seres simbólicos en un mundo delirante, las fuerzas o máquinas que éstos tenían a su disposición; los medios de actuación o procedimientos a los que podían recurrir, los estados mentales del sujeto, los que designaban al sujeto y las cualidades que el sujeto se atribuía a sí mismo. Esta clasificación es reveladora, puesto que muestra que los momentos en los que el psicótico tiene que inventar y crear nuevos significantes que pueden tener una función designativa limitadora son precisamente los momentos en los que está a merced del Otro.

La clasificación muestra cómo las palabras se agrupan alrededor de la relación del Otro con el sujeto, los modos en los que el Otro puede intervenir o influir, perseguirlo o invadirlo. Consecuentemente, estas palabras especiales surgen en el momento exacto en el que el sujeto es un objeto para el Otro. En un caso comentado por Yrjó Alanen, un paciente describió cómo recibía mensajes de personas que estaban a su alrededor en un lenguaje ambiguo, que llamaba «lenguaje de segundo grado». Se sentía como un «robot», cuya vida estaba siendo controlada por otros, cuyo «lenguaje de segundo grado» generaba «variaciones de presión» en su cuerpo. Estas expresiones formaban parte de un lenguaje privado, uno inventado por Eric para designar las sensaciones de invasión y amenaza de su integridad. Añadió otras expresiones, como «regulación de la presión», para las experiencias provocadas por sus compañeros, y «los que hacían el agujero», para los que no lo comprendían. Estos lenguajes en ocasiones pueden ser significativamente similares a los de la psicología convencional, o incluso utilizar categorías existentes. El paciente de Alanen no tuvo que ser ingresado, se desenvolvía

perfectamente en su entorno social, y podemos suponer que lo que le ayudó fue acuñar estas nuevas palabras. Como decía una de las pacientes de Jung, los neologismos eran sus «palabras de poder».

Si bien el significado es escurridizo y errante en la esquizofrenia, los neologismos pueden funcionar para bloquear el flujo de significantes y para astringir la libido. Por este motivo parecen llevar una carga tan pesada. Como observó el psiquiatra Karl Kleist, lo que es importante es el uso de la palabra, su función para sellar caminos asociativos, que es por lo que llamó «palabras de reserva» a estos neologismos. Esto significa que en lugar de intentar «corregir» los neologismos de la persona, es más beneficioso conferirles dignidad, aprendiendo más de ellos y valorándolos. Deben crearse nuevas palabras para designar lo que nuestro lenguaje no puede invocar, exactamente del mismo modo que los científicos y los investigadores a menudo acuñan nuevos términos para designar algún hecho o fenómeno novedoso; debe darse el mismo valor a los neologismos psicóticos. De hecho, muchas veces que hay una correlación entre la creación de neologismos y una disminución de las alucinaciones del sujeto.

En un caso determinado, una mujer no cesaba de repetir la palabra «esunomsado», una deformación de «es un hombre casado», que hacía referencia a una relación desgraciada que había tenido. La palabra, en este caso, toma el lugar de una situación que no puede simbolizarse, como una marca o sello sumamente distintivo en el discurso de la persona. Vemos otro ejemplo en el trabajo del químico Ludwig Staudenmaier, a quien un colega le pidió que investigase las formas fluorescentes que se cree que aparecen en las sesiones de espiritismo. Comenzó a estudiar el material publicado en este campo y a experimentar con la escritura automática. Su escepticismo inicial cambió cuando descubrió que su escritura estaba sujeta a la influencia de fantasmas, que pronto comenzaron a hablarle. Documentó estas fuerzas y sus otras alucinaciones con gran detalle, y estos agentes externos, posteriormente, se instalaron en su interior. Creía que entes vivientes controlaban su cuerpo, *poltergeists* internos que daban órdenes desde cada uno de sus órganos «Cabeza redonda» controlaba los movimientos de su lengua, y durante el peristaltismo, cada uno de los movimientos correspondía al trabajo de uno de los demonios localizado en sus intestinos: «Pata hendida», en el colon, «Pata de caballo», en el recto, y «Su alteza», en el intestino delgado. Gracias a estas denominaciones, podía asociar la invasión de su cuerpo a una estructura y, por tanto, atenuarla.

El hecho de reconocer esta función que ciertas palabras tienen en la psicosis nos permite evitar una confusión común. A menudo leemos que los esquizofrénicos usan palabras para denotar, más que para

connotar, como si la palabra estuviera vinculada a su contexto inicial de uso, más que a su sentido generalizado. Por usar el ejemplo preferido de los investigadores, la palabra «mesa» designaría la mesa concreta que en su momento se usó para calificarla y no tanto el concepto «mesa».

Aunque esto no tiene sentido si se interpreta como una generalización acerca del discurso de los sujetos esquizofrénicos, podríamos tomarlo como un reconocimiento indirecto del hecho de que la función de ciertas palabras es, precisamente, la de evitar que el significado vaya a la deriva. Por eso parece como si la palabra sólo precisara una cosa, una mesa original. Conseguir que una palabra haga esto es un logro y no un error, y funciona para poner nombre a la presencia invasiva del Otro, como sugiere el ejemplo de Staudenmaier.

Acuñar nuevas palabras es sólo un ejemplo de cómo el sujeto psicótico puede intentar gestionar el problema de la proximidad del Otro. Puesto que, en la esquizofrenia, el deseo del Otro no se interpreta de modo sistemático, la persona tiene más presente el problema del significado, como ya hemos visto. Los neologismos pueden ayudar al sujeto a abordar esta cuestión, así como las frases hechas, los rituales obsesivos y ciertas alucinaciones. Las alucinaciones auditivas a veces incluyen amenazas e insultos, como para nombrar al sujeto en el momento en el que se experimenta un vacío. Cuando el sujeto se encuentra en alguna situación que no comprende, es posible que de pronto surja una palabra, por lo general un insulto: «¡Puta!», «¡Maricón!», etc. Su lugar queda determinado con violencia por el insulto, que es la única parte del discurso humano que hace alusión directa, sin subterfugios, y que resuelve el problema que se ha experimentado en cuanto al significado.

Este fenómeno queda claro en las memorias de Wolfson. En cada página, el autor se refiere a sí mismo en tercera persona: él es «el estudiante esquizofrénico de las lenguas», «el enfermo mental», «el sujeto alienado», «el psicótico», «el joven esquizofrénico», «el sujeto demente». El pronombre de primera persona sólo aparece unas cuantas veces, como si la multiplicación de las designaciones relacionadas con la psiquiatría fuera necesaria para situarle dentro de la historia concreta. Las palabras, en lugar de identificarlo en el registro de las alucinaciones, se usan en el proceso de su escritura, como puntos para fijar su existencia. Como nombres propiamente dichos, estas palabras cumplen más la función de designar que la de crear significado.

Cuanto menos se enfatiza el significado, más se destaca el aspecto formal y material de la palabra. Saussure hizo una distinción que puede ayudarnos a delinear el rol de los neologismos en este caso. Así como reconoció que el lenguaje estaba compuesto de un sistema

arbitrario de signos, también distinguió una categoría de expresiones dentro del lenguaje que calificó de «relativamente motivadas». El *dix-neuf* francés está motivado, ya que es una combinación de los elementos «día;» y «neuf», que ya son parte del código, mientras que el término *«vingt»* no lo está. Para Saussure, la mente humana se las ingenia para limitar la arbitrariedad del lenguaje, en el sentido de su falta de limitación y restricción, introduciendo un principio de orden en la masa de signos: ése es el rol de la motivación relativa. Aunque el lingüista asoció la arbitrariedad con los elementos léxicos y la motivación, más que con las estructuras gramaticales, el ejemplo de la psicosis muestra cómo pueden darse ambos: una sola palabra o expresión, así como una secuencia gramatical, puede servir para proporcionar el principio de orden que describe Saussure.

Leclaire pone el ejemplo de un hombre psicótico que le explicó con suma seriedad que el impermeable nuevo que llevaba se llamaba *«Beaujolais».* Cuando lo compró estaba con su mujer, y ella comentó que era *«joli»* («bonito»). Entonces él empezó a preguntarse por qué ella no había dicho lo mismo de él, y asumió que su comentario, en realidad, hacía alusión a uno de sus amigos de juventud, que se llamaba «Jo». Pero «Jo» era feo («iaid») comparado con él, así que el nuevo nombre *«Beaujolais»* significaba «yo soy su amor *(beau)* y Jo es feo (¿oíd)». Puede que esto parezca un simple juego de palabras, pero fue fundamental para el paciente. En términos de Saussure, éste fue un caso de motivación relativa, que fijaba el significado y evitaba que fuera a la deriva y acabara en un delirio de celos.

Pasemos ahora del lenguaje de la psicosis a su lógica. Una paciente entró en pánico cuando vio a un hombre cerca de su casa que casualmente era pelirrojo. El no le había hecho nada y ella no tenía ni idea de quién era, pero inmediatamente se volvió una presencia invasiva: estaba totalmente aterrorizada. Sentía como si él estuviera inmiscuyéndose en su vida, aunque ni siquiera estaba cerca de ella físicamente. De niña, esta paciente había sido víctima de un traumático encuentro sexual con un adulto pelirrojo, y ver al hombre le trajo a la memoria los sentimientos del pasado, pero sin la represión que uno encuentra en la neurosis. Era como si sus pensamientos siguieran la ecuación: hombre pelirrojo = pedófilo = cualquier hombre pelirrojo.

Puesto que el pedfifilo era pelirrojo, cualquier hombre pelirrojo era un pedófilo. Mientras que un sujeto neurótico que hubiera sufrido abusos por parte de un pelirrojo se habría puesto nervioso sin saber por qué, o se habría sentido intranquilo cerca de ese hombre en particular porque le recordaba al pedófilo, mi paciente pronto comenzó a insistir en que se trataba del mismo hombre, aunque su edad y el lugar en el que se encontraba hacían que eso fuera

imposible. Nada de lo que yo le dijera podía convencerla de que se trataba de otra persona. ¿Qué tipo de lógica podía explicar la tenacidad de esta ecuación?

El psiquiatra y filósofo alemán Eilhard von Domarus comentó el caso de un hombre esquizofrénico que decía que Jesucristo era lo mismo que un puro. Mientras lo explicaba, argumentaba que tanto el puro como Jesucristo tenían una banda dorada alrededor. En lugar de asumir que los dos sujetos (Jesucristo y el puro) podían tener en común el mismo atributo (el halo dorado), identificó a los sujetos en relación al atributo: eran lo mismo porque ambos tenían una banda dorada. Fuera del proceso psicótico, un atributo idéntico no significa que dos cosas sean lo mismo, y podemos considerarlas distintas incluso si tienen muchos atributos en común. Recuerden la ocurrencia de Groucho Marx: «Puede que parezca idiota, y se comporte como un idiota, pero no dejen que eso les confunda: es un idiota».

Esta forma de ecuación lógica se da en la psicosis, pero sólo en momentos determinados. Una madre esquizofrénica descrita por Arieti quería que su hijo se convirtiera en un ángel. Puesto que los ángeles viven del alimento espiritual y no terrenal, no daba de comer al bebé. Consecuentemente, el atributo de «vivir del alimento espiritual» haría que su bebé y el ángel fueran idénticos. La publicidad y el marketing suelen apoyarse en la lógica opuesta. Se les dice a los consumidores que compren ciertos productos para ser como algunos personajes famosos —«compra estas zapatillas y serás como Beckham»— sabiendo que el atributo (tener las zapatillas) nunca otorgará la identidad a los sujetos. En consecuencia, el consumidor seguirá abierto a comprar el siguiente producto, y así sucesivamente. Podemos contraponer esta lógica con la versión psicótica: «Me he comprado estas zapatillas, así que ahora soy Beckham».

Esta peculiaridad del atributo es común en otros fenómenos esquizofrénicos en los que, al igual que atributos idénticos hacen que los sujetos se identifiquen (Jesucristo = puro), atributos diferentes pueden hacer que los sujetos se distingan. Tras varios años de matrimonio, una mujer se dio cuenta de que no tenía un marido, sino dos. Esto fue el resultado de una observación continuada durante un período de unos meses. Se dio cuenta de que su marido, por la mañana, tenía los ojos azules y estaba feliz de cumplir con sus deberes conyugales, mientras que su marido, por la noche, tenía los ojos verdosos y se mostraba más indiferente a sus encantos. Concluyó que su marido real era el que veía por la noche, y que el que veía por la mañana era su amante. Ambos tenían el bigote rubio, pero el de su marido tenía un tono distinto. «Es increíble —le dijo a su psiquiatra —, son muy parecidos: los dos trabajan el cuero, los dos se llaman Adolphe y son igual de altos, y los dos tienen el mismo tono de voz».

Estos procesos lógicos son los que esclarecen lo que la psiquiatría llama fenómenos «de errores en la identificación». Paul Courbony Gabriel Fail mencionaron en 1937 el caso de una paciente que creía que las personas de su entorno a veces eran personas disfrazadas, enviadas para torturarla. Sus perseguidores podían adoptar la apariencia de esas personas e imponer en otros las transformaciones que deseaban, como el actor italiano Leopoldo Fregoli, célebre por ser capaz de representar él mismo todos los papeles de una producción. Sus perseguidores, decía, tenían la capacidad de «fregolizar» el mundo, y esta «fregolificación» tenía impacto en su entorno y en su propio cuerpo. Además de mostrarnos la función de los neologismos, creados para señalar el efecto que el Otro tenía sobre ella, la diferencia de los atributos no conllevaba la identidad de los sujetos, sino, al contrario, su equiparación. Un perseguidor podía ser muchas personas al mismo tiempo.

* * *

Estos procesos lógicos obviamente tienen un impacto en la vida emocional y afectiva del sujeto psicótico. Identificar al hombre pelirrojo con el pedófilo que abusó de ella provocó terror en mi paciente, y precipitó un estallido emocional intenso. Es interesante observar que, lo que Bleuler vio como un rasgo definitorio de la psicosis no fue la emoción aguda, sino la ausencia de la misma. Cuanto más retraída parecía la persona, menos capaz de mostrar emoción y más desconectada, más probable era el diagnóstico. Pero dichos síntomas llamados «negativos» no eran tan obvios como parecía al principio. Bleuler reconoció que tras la fachada de indiferencia y mutismo podía esconderse una vida emocional agitada.

Incluso si parecía que el sujeto no mostraba sus sentimientos, posteriormente podía describir una conciencia aguzada de sus emociones. Como señalaron Hariy Stack Sullivan y sus compañeros, un paciente catatónico, al salir de su estado, a menudo es capaz de describir con todo lujo de detalles muchas sensaciones e información a la que aparentemente en su momento no reaccionó. Del mismo modo, aparentar indiferencia puede tener un propósito defensivo claro. Una mujer explicó: «Tuve que morirme para no morirme. Sé que parece una locura, pero en una ocasión, un chico me hizo mucho daño y quise tirarme al metro. En vez de hacerlo, me volví un poco catatónica para no sentir nada, supongo que o morías emocionalmente o tus sentimientos te mataban».

Este mecanismo ha sido descrito muchas veces. Una de las pacientes de Kurt Eissler en ocasiones se sentía eufórica —como en un

día de primavera—y, por tanto, libre por un momento de la sensación de estar muerta, pero este estado le resultaba intolerable: no podía soportar «estas sensaciones de vida», tendría que matarse. La «avalancha» de emociones era angustiosa y la llevaría a la destrucción. La sensación de mortificación que puede producir es común en la psicosis, con la paradoja de que, aunque la persona se sienta muerta, este estado a menudo viene acompañado de una mayor sensibilidad hacia el mundo. Muerto significa distante y desconectado, pero, al mismo tiempo increíblemente abierto y desprotegido.

Dichos estados pueden verse precipitados por la pérdida de un punto de referencia o apoyo esencial: un puesto de trabajo, una mirada bondadosa, una forma de representación, como un título. «Soy como un zombi que vive tras una pared de cristal», dijo un paciente, «Veo todo lo que pasa en el mundo pero no lo puedo tocar. No llego. No estoy en contacto con él. Estoy fuera». o, por citar algunos ejemplos reunidos por Jaspers: «Todo se ve como a través de un velo; como si oyera todo a través de una pared»; «Las voces de la gente parecen venir de muy lejos»; «Sólo soy un autómata, una máquina; no soy yo el que siente, habla, come, sufre, duerme; ya no existo; no existo, estoy muerto». Aunque la persona existe biológicamente, como dice Jaspers, ha dejado de sentir que existe.

En dichos estados, que pueden durar años, no hay una carencia organizativa, no hay un objeto que atraiga al sujeto, ni nada que esperar. «Cuando camino, no sé dónde voy», explicó un paciente. «No siento el suelo. Soy como un fantasma. No formo parte del mundo de los humanos. A veces tengo que agarrarme a cosas por la calle para evitar salir flotando». Al sujeto no le interesa nada: ningún elemento de su entorno le atrae, puesto que la libido no puede localizarse en ningún lugar externo. Otro paciente describió su existencia como «muerta», como si fuera un traje espacial flotando en el espacio exterior que no está agarrado a nada: «No está claro si dentro del traje espacial hay una persona muerta, nada o ansiedad,» dijo.

El paciente asoció este hecho con su fascinación por los hombres lobo, vampiros y momias. Estas espantosas criaturas, explicó, «al menos tienen una topografía». Le proporcionaban, dijo, una sensación de concreción: «tenían un propósito, una dirección física, como los zombis, se mueven hacia algo». Recordó una película de zombis que había visto cuando era adolescente en la que las criaturas robóticas se movían mecánicamente hacia un centro comercial. Estos monstruos «al menos tienen un cuerpo definido, como si fueran una sola función absoluta, sólo una, no hay ambigüedad ni posibilidad de elección». «Un ser humano se sentaría en un banco del parque y se preguntaría "¿debería hacer x o Y?", pero un zombi simplemente sentiría una fuerza magnética que le arrastraría». De hecho, a esto aspiraba él.

Varios sujetos psicóticos han descrito otro aspecto de este extraño tipo de muerte en vida. Una de mis pacientes estaba obsesionada con la historia de una persona a la que un panel de cristal cortaba en dos y era la persona consciente durante un milisegundo de que iba a morir. Esta experiencia se repetía cada día, como si el horror de ese milisegundo fuera su tiempo habitual. Otro paciente describió el momento, en las películas de vampiros, en el que se clava una estaca en el corazón del vampiro y éste empieza a convertirse en polvo. «En las películas de vampiros, cuando están a punto de convertirse en polvo, hay un segundo en el que saben lo que les va a ocurrir, un segundo antes de que el cuerpo alcance al conocimiento». Esta, contó, era su experiencia del tiempo todo el día durante todos los días, como si ese segundo se hubiera convertido en su realidad.

A veces, este sentimiento está asociado al abandono, como si la persona pudiera ser simplemente dejada de lado, por un proceso incluso más instintivo que el rechazo. La persona, sencillamente, siente que puede ser reemplazada por otra persona u otra cosa, pero en lugar de protestar contra esta usurpación, simplemente, desaparece a todos los niveles de su existencia. La ausencia de vínculo con la imagen corporal sugiere que lo simbólico no ha estructurado la fase especular, y esto en sí mismo puede evocar la mortalidad. Pensemos en el hecho de que cuando alguien se ve a sí mismo en una experiencia extracorpórea —por ejemplo, en una cama de hospital o dando a luz— a menudo suele pensar que está muerto. Cuando sufrimos una separación de nuestra imagen, experimentamos una especie de muerte, lo que demuestra cómo el tema de la mortalidad está conectado con la relación especular.

* * *

Volveremos a la cuestión de cómo hacer un diagnóstico en el siguiente capítulo, pero a estas alturas ya deberíamos habernos hecho una idea de cuáles son algunas de las obsesiones centrales de la psicosis. Como hemos visto, es importante separar los fenómenos primarios de los secundarios: una vez que se abre una brecha en la vida de la persona, los modos en los que esa persona reacciona y trata de defenderse pueden confundirse con el dilema inicial. Ser capaz de distinguirlos nos permite reconocer cómo reacciona la persona ante las cuestiones del significado, la localización de la libido y la creación de una distancia de seguridad del Otro.

En la paranoia, el significado se produce mediante un delirio, que proporciona una explicación del mundo y de lo que no funciona en él. La libido se localiza en el Otro, y normalmente genera ideas

persecutorias. El sujeto separa estrictamente el propio yo del Otro. En la esquizofrenia, el significado no puede aprehenderse, y el sujeto permanece a su merced. La libido no se localiza fuera, sino que regresa para invadir el cuerpo de la persona. La distancia del Otro no se mantiene fácilmente, y el Otro puede estar presente dentro de su cuerpo y su mente. En la melancolía, el significado suele ser fijo: la persona es la causa de todos los desastres y errores. La libido inunda la imagen que la persona tiene de sí misma, aplastando su ego. El Otro queda incluido en el yo, pero sin generar las horribles batallas de inclusión-exclusión que observamos en la esquizofrenia.

Desde estas estructuras básicas, el sujeto psicótico trata de encontrar la forma de gestionar sus dificultades. En lugar de intentar reducir estos esfuerzos, con el objetivo de que el paciente se adapte a lo que el médico ve como realidad, es cuestión de animarlo y ayudarle a encontrar sus propias soluciones, usando la lógica de la propia psicosis del paciente, y no la del sistema de creencias del médico.

5. EL DIAGNÓSTICO

La tendencia actual de catalogar continuamente los síntomas hace que cada vez sea más difícil emitir un diagnóstico adecuado. Nuevas categorías diagnósticas brotan de la noche a la mañana, basadas en síntomas superficiales que ocultan las estructuras que subyacen. Dos personas pueden presentarse con la misma conducta superficial, por ejemplo, una timidez que les impide relacionarse en determinadas situaciones sociales. Puede que ambos individuos expresen preocupación por su autoestima e imagen corporal, por lo que podríamos colgarles la etiqueta de «fobia social». Hablar puede poner de relieve, sin embargo, que para uno el síntoma se asocia a cómo le gusta que le vean los demás —buscando afecto o dar una cierta imagen—, mientras que, para el otro, sería simplemente la consecuencia de un delirio en el que los demás saben lo que piensa. Así, el mismo síntoma superficial cubre dos estructuras muy distintas: una neurótica, quizá, y una psicótica.

Es raro que un síntoma como tal pueda darnos mucha información sobre el diagnóstico. Más bien es la relación de la persona con el síntoma, el modo en que articula lo que significa para ella. La timidez en el ejemplo anterior podría enmascarar un delirio o una cuestión neurótica. Clasificarlos igual según los síntomas superficiales —timidez, baja autoestima, dificultad para entablar una conversación— es a la vez inútil y potencialmente peligroso.

Lo importante es cómo la persona da voz a su experiencia, cómo la sitúa subjetivamente: en otras palabras, lo que dice de ella. Una paciente me contó una vez la historia de cómo había salido de un puesto de responsabilidad en la City y las dificultades que había tenido para encontrar otro puesto. Considerando el relato de cuánto había disfrutado en su trabajo, esperaba escuchar la historia de un despido forzoso o de algún conflicto en la oficina que hubiese precipitado el cambio. Pero, sólo después de una larga serie de preguntas específicas, admitió que fue ella quien había dejado el trabajo, porque un día, cuando iba a la oficina, se le había cruzado un gato negro. Enseguida comprendió que era una señal dirigida a ella y que era el momento de dejarlo.

Muchas personas son supersticiosas y reaccionan al ver gatos negros. Puede que decidan comprar un billete de lotería, tener más cuidado del habitual al realizar alguna tarea o llamar por teléfono a algún familiar para saber si se encuentra bien. Por lo general, existe

esta sensación de «ya sé que es una tontería, pero igual...». Hay una diferencia entre aprovecharla aparición contingente de un gato para pensar en alguien o hacer algo e interpretar el mensaje como si a uno le concerniese directamente de un modo inequívoco. Lo que marca el diagnóstico no es la superstición, sino cómo la sitúa el individuo en relación a sí mismo.

Comprender la aparición del gato negro e interpretarla como un mensaje es diferente a los casos en los que dudamos de nuestras creencias. No es tanto lo que experimentamos, sino cómo lo experimentamos. Tomemos como referencia el famoso sueño de Bismarck, en 1863, del que informó inmediatamente el emperador Guillermo I de Alemania. Iba a caballo por un estrecho camino alpino, con un precipicio a un lado y rocas al otro. El camino se iba estrechando cada vez más, y el caballo se negaba a seguir. Incapaz de volver atrás, golpeó la roca con su fusta y se encomendó a Dios: la fusta se extendió hacia el infinito y la roca se desmoronó, abriéndose a un vasto campo, donde vio desplegarse a las tropas prusianas. Interpretar este sueño en términos de simbolismo sexual es tentador: la fusta que se alarga, el agujero, etc. Pero, como señaló el psiquiatra George Dumas, lo que importa no es el simbolismo, sino el hecho de que Bismarck diera tanta importancia al sueño como para contárselo a Guillermo i con tanta rapidez. No se trataba tanto del sueño, como del lugar que él le había conferido.

Imaginemos a un ministro hoy día llamando al primer ministro en mitad de la noche para contarle un sueño que según él tiene un significado especial. La marca distintiva de la psicosis no es el contenido del sueño, sino la relación del soñador con él, el lugar que le confiere en su vida: para Bismarck, independientemente del soñador, se trataba de la comunicación objetiva de un mensaje sobre el despliegue de las tropas. El rasgo clínico clave en este caso reside en la convicción, que casi siempre separa la neurosis de la psicosis.

La ausencia de duda es el indicador más claro de la presencia de psicosis. Esta seguridad puede adoptar la forma de la convicción absoluta de alguna verdad, ya sea la de un delirio —«sé que la CÍA me persigue»— o la de una teoría científica o un dogma religioso. El momento en el que por fin se comprende es, a veces, bastante repentino y preciso. Tal y como escribió un sujeto psicótico: «De repente me enfrenté a la convicción abrumadora de que había descubierto los secretos del universo, que se me revelaban con increíble lucidez. Las verdades que descubrí me llegaron con rapidez y directamente, con absoluta certeza. No tenía ningún sentimiento de duda ni era consciente de la posibilidad de que hubiera alguna duda».

Si bien una persona neurótica puede manifestar que cree absolutamente en algo, tiende a albergar dudas internas, que pueden,

a su vez, generar síntomas. El *apparatchik* que sigue la línea del partido contra sus propias creencias o el sacerdote que da lecciones sobre algún imperativo moral mientras que en privado lo quebranta, pueden llegar a torturarse por la duda y la frustración. Un político vino un día a verme quejándose de que sufría de insomnio y de una sensación de malestar insoportable. Aunque no era consciente de la relación, sus síntomas habían empezado después de que hubiera tenido que ponerse en pie en la Cámara de los Comunes para hacer unas declaraciones que sabía que no eran verdad. Lo que había originado los síntomas, sin embargo, no había sido la mentira en sí misma, sino el conflicto que le había generado a causa de un comentario que su padre le había hecho en su lecho de muerte sobre la importancia de decir la verdad.

Aunque el neurótico puede creer en algún tipo de conocimiento —científico, religioso, filosófico—, también tiene la sensación de que este conocimiento no coincide con la verdad individual, como si el conocimiento nunca fuera suficiente para dar respuesta a nuestras preguntas personales más profundas. De algún modo, siempre es insuficiente e inadecuado. Pero, en muchos casos de psicosis, es como si el conocimiento y la verdad no estuvieran en conflicto, sino que fueran homogéneos. En este sentido, los delirios a menudo tienen que ver con el cuerpo o con alguna ley de la naturaleza, la genealogía o la protección de los niños. A veces giran en torno a la cuestión del origen: cómo se forman los cuerpos, cómo se originan las cosas o de dónde viene uno mismo —o su raza—.

Puede que tengamos que seguir la pista a un pequeño detalle en el discurso de un paciente para tener acceso a estas ideas, haciendo preguntas y prestando atención a cualquier cosa por la que muestre un interés personal: un libro que ha estado leyendo, una película que ha ido a ver, un texto que ha escrito. Guando nos acercamos a un delirio, se nos puede revelar con timidez o mostrarse como si ya fuera un hecho conocido. Aquí podemos detectar una certeza: la persona sabe algo, y puede que intente compartir esta certeza con el mundo o guardárselo para sí misma.

Los médicos están familiarizados con estas dos formas de psicosis. En la primera, la persona puede escribir cartas y documentos a la prensa y al gobierno, convencida de que lo que sabe debe hacerse público por el bien de todos. En la segunda, lo que haga que esta certeza se revele puede ser una pregunta al azar o un encuentro contingente. En un caso, una mujer de cincuenta años fue ingresada después de haber entrado en un banco para pedir 2.000 francos que le habían prometido. Explicó que cuando tenía veinte años había tenido la revelación de que, si podía mantenerse virgen otros treinta años, recibiría 2.000 francos. Durante treinta años no había molestado a

nadie, manteniendo su delirio discretamente, sin llamar la atención de los psiquiatras hasta el momento en el que fue a recoger el dinero.

Las certezas pueden estar presentes en cualquier área de la vida de la persona, y pueden durar toda una vida sin que se compartan con nadie. A veces llaman la atención rápidamente: el marido que está convencido de la infidelidad de su mujer; la estudiante que está segura de que su profesor la ama; el parroquiano que sabe que el sacerdote le tiene un aprecio especial. Una mujer supo que su médico la amaba el día en el que se hizo daño en el brazo mientras hacía las tareas del hogar: el médico, según parece, le había enviado ese dolor para que ella tuviera que volver a consultarle. Estos delirios a menudo derivan del axioma «el Otro me ama», incluso si la persona elegida para amar nunca ha tenido contacto con el paciente. Podemos contraponer esta certeza con las dudas del neurótico acerca del amor: «¿De verdad el Otro me ama? ¿Amo realmente al Otro?». Estos son los tormentos cotidianos del neurótico, muy distintos del caso del psicótico, que lo sabe con certeza: «Me aman».

Las personas neuróticas, propensas a la duda, a menudo se quedan impresionadas cuando conocen a alguien que parece seguro de sí mismo, convencido de las cosas en las que cree. Es por ello que las sectas, cultos y movimientos religiosos, a menudo, se establecen alrededor de individuos carismáticos, que parecen muy seguros de su propósito en la vida. Sienten que tienen una misión, algo que puede llegar a cautivar al neurótico que no sabe muy bien qué hacer, que nunca está seguro de lo que quiere conseguir o de cuál es su vocación. Pensemos en los seguidores de Jim Jones, aunque no hace falta que las doctrinas que se predican sean tan extremas: puede tratarse del programa de cualquier partido político. De nuevo, no se trata del contenido de las creencias, sino la actitud respecto a ellas. Los neuróticos, inseguros con respecto a sus objetivos o al sentido de sus vidas, se verán arrastrados de manera natural hacia alguien que sepa exactamente lo que quiere, que insiste en algún tipo de conocimiento o verdad con determinación ciega. La duda gravita hacia la certeza.

Por eso, como señala Genevieve Morel, normalmente no se diagnostica como psicóticas a las personas que quieren una operación de cambio de sexo y que acuden a la consulta del psiquiatra antes de la operación. Si el psiquiatra es un neurótico, y por lo tanto no está seguro de su propia sexualidad, no sintiéndose lo suficientemente hombre o mujer, puede quedar impresionado por alguien que parece estar seguro de ser un hombre o una mujer: lo único que le pasa es que está en el cuerpo equivocado. Puede que sea este choque entre la duda y la certeza lo que lleva al psiquiatra a cometer un error en el diagnóstico.

Esta certeza puede surgir de modos muy discretos. Puede ocurrir

durante una conversación de madrugada, cuando alguien te cuenta su filosofía de vida. Puede tratarse de una teoría que lo abarque todo o, sencillamente, de un conjunto mínimo de normas que regulan la vida de la persona, reveladas en la intimidad. Una de mis pacientes me contó, cuando ya llevábamos un año trabajando juntos, que había escrito una lista de instrucciones para vivir que siempre llevaba en el bolsillo de la chaqueta. Se trataba de certezas que nunca cuestionaba, y que la ayudaban a superar todas las situaciones difíciles por las que pasaba. Estas normas también incluían consejos de cualquier libro de autoayuda o de algún experto que la persona respetaba. De nuevo, no se trata del contenido del consejo, sino del lugar que ocupa en la vida de la persona.

Estos consejos, después de todo, pueden ser bastante adecuados. Es importante recordar que un delirio no es necesariamente equivocado. Gomo observó Jaspers hace muchos años, un delirio no es una falsa creencia. Puede ser correcto en cuanto al contenido, pero seguir contando como un delirio, como ocurre a menudo con los delirios de celos, en los que la pareja, de hecho, es infiel, o en casos en los que alguien ha recibido un trato injusto por parte de las autoridades. El delirio, para Jaspers, surge de una experiencia fundamental de significado a la que los demás no tienen acceso, un momento de certeza que puede reconocerse a posteriori por el modo en el que la persona intenta corroborarlo, y no por su contenido real. Aunque puede ser comprensible, lógico, sólido y tener sentido, la clave reside en este punto de partida.

Las terapias cognitivas modernas para la psicosis tienden a presuponer que los delirios psicóticos no son tan distintos de las creencias cotidianas, y las intervenciones clínicas pueden tener su origen en esta opinión, pero dejan fuera esta dimensión de revelación o aclaración de un significado, la «experiencia directa del significado», que enfatizó Jaspérs. Como dijo John Custance al describir su propia epifanía, era como si «todos los secretos del universo se me estuvieran revelando, como si yo tuviera alguna clave, algún "Ábrete, Sésamo" a la creación». Aquí importa más el modo en que se ha construido el delirio que su contenido. Incluso si la naturaleza de lo que la persona cree que es cierto es ambigua —¿era la voz que escuchó maligna o benévola?—, la creencia de que significa algo es inquebrantable.

Comprobamos este hecho cuando trabajamos con personas de otras culturas con sistemas de creencias distintos a los nuestros, que, a menudo, reciben diagnósticos erróneos. Los profesionales van a cursos que les preparan para trabajar con personas de distintas culturas y procedencias, pero a veces asumen como un delirio lo que simplemente es una variación transcultural de una creencia. Una cultura puede fomentar la creencia en los espíritus, por ejemplo, pero

eso no impedirá que alguien de esa cultura construya un delirio alrededor de los espíritus. Observamos lo mismo en pacientes con una historia grave de traumas y privaciones. El terapeuta puede quedarse tan sorprendido por la violencia y las dificultades que ha sufrido el paciente que puede pasar por alto un delirio en su interpretación de los acontecimientos. Como insistió Jaspers, lo que importa no es el contenido de las ideas, sino la relación de la persona con ellas, el modo en el que el significado se introduce y se construye en torno a sus experiencias.

Lacan sostenía que en la psicosis la certeza siempre es proporcional a la sensación inicial de perplejidad. Cuando se abre una brecha en el mundo de la persona, que separa el significante y el significado, la ausencia en cuanto a significación es la que posteriormente se transformará en la certeza de una significación. Esta es la certeza de que hay algo en el mundo que les concierne directamente —nada más ni nada menos, necesariamente—. Un sujeto psicótico puede saber que una alucinación es una alucinación, e incluso describirla con el vocabulario psiquiátrico o del psicoanálisis. No tiene por qué creer que la alucinación es real para que cuente como una alucinación: la variable decisiva es si piensa que le concierne o no.

No podemos tomarnos en serio el hecho de que los tratamientos modernos presuman de que la creencia del sujeto psicótico en sus alucinaciones ha pasado del 100% al 70%. Mientras la dimensión del significado siga presente, los porcentajes son un señuelo. Cuando hablamos de alucinaciones no importa la realidad, sino la certeza. La persona puede admitir que nadie más oyó las voces, pero sigue estando segura de que, de alguna forma, la alucinación le concierne. A los médicos les suele confundir que los pacientes prefieran posponer hacer algunas cosas, asumiendo que esto significa que la psicosis puede descartarse. Pero las dudas superficiales y las inseguridades son comunes en la psicosis, y pueden adoptar la forma de síntomas obsesivos típicos: ¿he cerrado bien la puerta?, ¿he cerrado los grifos?, ¿le he dejado comida al gato?, etc. Estas dudas superficiales no deben confundirse con la duda ontológica más profunda del neurótico y, de hecho, son buenos indicadores de pronóstico en algunos tipos de psicosis, como la depresión maníaca.

También hay algunos casos de locura que otorgan un lugar central a la duda, como si la certeza delirante no se hubiera producido o estuviera en suspenso. Esto lo describieron muy bien Tanzi y los psiquiatras italianos, con el concepto de «locura de la duda», y Capgras, con su «delirio de interpretación» o «delirio de suposición». A veces, la diferencia con la duda neurótica reside en la naturaleza real y no simbólica del cuestionamiento de la persona: una persona

neurótica puede dudar inconscientemente de a qué sexo pertenece, pero el psicótico que duda puede tener una duda real, como si el sexo biológico en sí mismo no estuviera muy claro. Por regla general, la clave está en ver qué lugar ocupa la duda en la vida de la persona: esto nos proporcionará la marca diagnóstica. En estos casos de duda psicótica, seguirá existiendo la certeza de que hay algo que concierne a la persona, una significación personal.

* * *

¿Qué otras pistas pueden alertarnos de la presencia o ausencia de la duda? Primero, podemos centrarnos en cómo asume la persona su propia historia, cómo habla de su infancia y de su familia. A veces, la infancia se describe como un continuo: fue feliz o triste, pero eso es todo. No se ofrece más información, detalles, ni puntos de inflexión. Puede que los padres no tuvieran muchas herramientas, y que utilizaran unos pocos términos idénticos. No existen momentos de cambio o drama: los acontecimientos se suceden uno tras otro, como si no hubiera momentos de ruptura o discontinuidad. En un caso, un hombre describe que estando en su trabajo recibió la llamada de su mujer embarazada que iba a dar a luz, así que se montó en su bici en dirección al hospital, pero después tomó otra calle y siguió pedaleando, sin volver a ver a su mujer y sin llegar a conocer a su bebé. Todo esto lo describió como si fuera un acontecimiento cotidiano más, y no como un momento en el que su vida cambió. El sentido de la historia —como una inscripción simbólica en nuestras vidas llenas de discontinuidades— se había perdido.

Para tener una historia, ciertos momentos deben percibirse como distintos, especiales, como puntos de cambio o transición. La clave aquí es que, en ausencia de una significación que organice, como la que proporciona el complejo de Edipo, la estructura cronológica e histórica estará en peligro. El hecho de que a ciertos recuerdos se les conceda un lugar privilegiado y a otros no es el resultado de una cuadrícula de significaciones básicas que selecciona lo que podemos recordar y lo que no. Las dificultades que encuentra al construir esta cuadrícula —o su reducción a un número mínimo de significados únicos— generarán el modo continuo en que el psicótico, a menudo, cuenta su historia.

En otros casos, sin embargo, la firma distintiva de la psicosis es exactamente lo opuesto. En este caso, lo importante es la presencia de momentos determinantes, no la ausencia. Un hombre cuenta cómo un día decidió que se casaría con la primera mujer que entrara por la puerta de la cantina de su oficina. En otro caso, una mujer describió el

momento en el que su vida cambió: cuando su madre le dio un baño por primera vez. Sabía, dijo, que era la señal de que su madre se comportaba de forma sádica con ella, y de que prefería a su hermana, que no tenía que bañarse. Observemos cómo, de nuevo, lo que marca la presencia de psicosis no es lo que ocurrió, sino cómo se interpretó, cómo se dio a un detalle una especie de poder definitorio, como si todo dependiera de eso.

En la neurosis, el escenario tiende a variar un poco. El neurótico puede quejarse de tener una madre sádica que prefiere a un hermano, pero no lo explicará como el resultado de una escena. Al operar la represión, habrá más bien una serie de recuerdos encubridores, todos alusivos al tema en cuestión. Pueden recordarse muchos momentos diferentes con una sensación de favoritismo maternal, pero es poco probable que se priorice un recuerdo sobre los demás, como en la psicosis. La represión conlleva que algunos recuerdos se olvidarán, y la sensación de sadismo o favoritismo maternal será una conclusión del material, y no una designación directa, como en el ejemplo mencionado más arriba.

En un caso mencionado por Genevieve Morel, una joven que tenía la esperanza de ser operada para transformarse en hombre describió el momento en el que se decidió a operarse. Su padre había sido enviado a un campo de concentración en Camboya cuando ella tenía tres años, y su madre la dejó con unos parientes, aunque se llevó a su hermano pequeño. Cuando tenía seis años, el padre escapó y la familia se reunió de nuevo. Sus recuerdos datan de esta época, y describe una escena en la que vio a su hermano orinando de pie. En ese momento supo que ella era un chico. El regreso del padre desencadenó la psicosis, y el delirio cristalizó en este momento de certeza. La escena para ella tuvo una significación única e inquebrantable: ser un chico. En este ejemplo, no hubo una historia previa de síntomas que sugirieran que se cuestionaba su género, no hubo disquisiciones inquisitivas o dialécticas sobre el sexo; se trató, sencillamente, de un momento simple y decisivo.

El momento en el que se comprende, como enfatizó Jaspers, es crucial. Los sujetos psicóticos, a menudo, son capaces de explicar exactamente el momento en el que vislumbraron alguna verdad, cuando, de repente, una idea o imagen se volvió obvia. La psiquiatría normalmente se ha centrado en que las cosas no están claras, en la psicosis, y muchos estudios a lo largo de los años han reivindicado que los sujetos psicóticos son incapaces de comprender las conversaciones, las preguntas, las historias, los problemas matemáticos, etc. Este énfasis en el déficit oscurece la cuestión del entendimiento, de cómo una respuesta o una idea pueden ser transparentes para la persona. Es como si una respuesta se impusiera

antes de que la pregunta se haya planteado conscientemente. Como dijo Wilhelm Griesinger, antes de que el sujeto psicótico haga la pregunta, «ya tiene la respuesta».

En otro ejemplo, una mujer describió cómo su vida cambió en el momento en el que, de repente, comprendió que el Obispo de Amiens era su padre. Había estado en la iglesia con su madre cuando él se volvió hacia ellas, y la paciente contó cómo el obispo se había quedado «de piedra» al ver a su madre. Más tarde, después de que el obispo fuera víctima de un homicidio, dedujo que sus padres debían ser los culpables. Algunos gestos y palabras confirmaron su interpretación, y treinta años después disparó a su padre verdadero por haberle estafado la herencia del obispo. Cuando le preguntaron por qué le había disparado, dijo que su intención no había sido matarlo, sino sólo asegurarse de que se iba a llevar a cabo una investigación rigurosa.

Los neurólogos franceses Henri Hécaen y Julián de Ajuriaguerra recopilaron muchos ejemplos de dichos momentos de revelación, especialmente, ideas concernientes a cambios corporales. En un caso, un joven insistió en que todo había cambiado un minuto después de que se masturbara por primera vez. Describía el mundo entero en términos de un antes y un después, cuando perdió sus cualidades físicas y morales. «Cambié completamente, en cuerpo y mente». Su pelo, sus dientes y su color de ojos ahora le parecían distintos. «Mi cuerpo se estaba deformando», dijo. «Mi cabeza se modificó completamente y, aunque la gente no se diera cuenta, yo sabía que algo había cambiado. Se me acortaron los brazos y la piel se me descolgó de los huesos». Intentaba desesperadamente volver a encontrar su antigua imagen, mirándose con atención en el espejo cada noche, y le horrorizaba comprobar que cada vez se parecía más a su padre.

En otro caso que comentan, un día una mujer vio su reflejo en un espejo y supo que todo había cambiado. Tenía los ojos de otro color, la frente destrozada, la nariz aplastada, la cara más grande y el cuello lleno de arrugas. Rápidamente atribuyó estos cambios a la influencia externa: «ellos» le habían extendido o encogido el cuerpo, agrandado el estómago, torcido las piernas, estirado los pies, y habían hecho que pareciera otra mujer. Estaba físicamente muerta, su cuerpo había sido congelado y otra persona estaba viviendo su vida. Sentía que alguien la observaba desde arriba, escudriñando toda su vida y leyendo su correo.

Estos momentos definitorios no sólo pueden caracterizar pensamientos sobre el cuerpo, sino también teorías abstractas y credos. Andrew Carnegie estaba leyendo al eugenésico Herbert Spencer cuando comprendió súbitamente que ésta era la verdad que

había estado buscando. Por fin «había encontrado la verdad sobre la evolución». Kurt Schneider habló de un paciente que se quedó asombrado cuando vio a un perro levantar la pata delantera. Le preguntó a un hombre que tenía delante si el perro también le había saludado a él, y como recibió una respuesta negativa, supo inmediatamente que se trataba de «una revelación dirigida a mí». Estos momentos de súbito entendimiento pueden referirse a temas como el cosmos, la vida, la muerte o Dios, el propio nacimiento o la misión de uno en la vida. «Me parecía ver todo con claridad y de manera personal, como si hubiera adquirido la extraordinaria capacidad de comprender», dijo uno de los pacientes de Jaspers. «Es como si tuviera algún sentido especial, como la clarividencia; como si pudiera percibir lo que ni yo ni otros habíamos sido antes capaces de percibir».

Recordar es importante en estos casos, ya que los verdaderos recuerdos a menudo se distorsionan para incluir delirios, o los mismos delirios se transforman en recuerdos y se antedatan. La psiquiatría francesa tenía un interés especial en esos momentos en los que parecía que un recuerdo que databa de antes de la construcción del delirio recibía un rol causal retroactivamente. Entre sus recuerdos de guerra, un hombre describió cómo había visto a dos mujeres pasar mientras su unidad entraba en las trincheras, y que una de ellas empezó a llorar cuando los vio. El le dijo a su compañero: «Me gustaría que mi madre fuera así»; y en ese momento notó que ella le había mirado y tuvo una intuición: «Esa mujer era mi madre. Fue como un rayo, más fuerte que yo. Me quedé destrozado y hecho añicos por lo que sentí, pero sabía que tenía razón». En otro ejemplo, la interpretación retrospectiva convenció a una mujer de que el hecho de que la llamaran «reinita» cuando era pequeña era la prueba de que tenía derecho a ocupar el trono.

Searles comenta el caso de una paciente que retroactivamente construyó un complejo delirio en el que le habían instalado una máquina en el abdomen y una cadena en el corazón para controlarla. Su complicado historial de intervenciones quirúrgicas había adquirido significado. Guando tenía siete años la operaron de sinusitis, a los catorce le quitaron un tumor benigno del pecho y cuando tenía diecinueve le quitaron el apéndice. Posteriormente, comprendió que todo tenía sentido. La operación de sinusitis le había dejado un agujero en la cabeza, que permitía que la «manejaran» como una máquina; la operación en el pecho había permitido que le pusieran la cadena alrededor del corazón; y la extirpación del apéndice había permitido que le instalaran la máquina en el abdomen. Ahora «ellos» tenían control sobre ella y la paciente pedía que la operaran de nuevo en un «hospital de verdad» para cortar los «hilos» que la unían a esas

figuras controladoras.

* * *

La claridad con la que un sujeto psicótico puede experimentar un momento de cambio o un nuevo significado tiene eco en el modo en el que, a menudo, se describen los síntomas. Mientras que la represión que opera en la trayectoria edípica del neurótico implica que los síntomas esconden pensamientos disfrazados, en la psicosis suele haber transparencia. Una mujer se quejaba de sentir una angustia y una claustrofobia horribles en el metro, que le impedían llegar a su trabajo. El significado del síntoma sólo se reveló tras varios meses de trabajo analítico. Soñó que estaba de cara a una pared, y experimentó exactamente la misma sensación de pánico que tenía en el metro. La imagen de la pared le recordó el último lugar en el que había visto a su hermano, que había estado en la cárcel antes de morir. Por tanto, su angustia marcaba la proximidad con su hermano y los pensamientos —que en su momento había intentado expulsar de su mente— que le venían acerca de estar con él en su ataúd: la angustia de estar bajo tierra. El síntoma en este caso estaba vinculado a ideas y recuerdos olvidados: entre ellos se encontraba la represión.

En la psicosis, es posible que la persona explique el síntoma inmediatamente en términos de recuerdos: «Tengo claustrofobia por la idea de estar en un ataúd con mi hermano». Los mecanismos de codificación en la construcción de síntomas pueden no estar presentes, como si el síntoma fuera directamente un sello en el cuerpo o la mente, y no el resultado de un complicado proceso de codificación. En un caso mencionado por Paula Elkisch, una madre hablaba del miedo que tenía de que su hijo se convirtiera en un inútil como su propio hermano. Si el bebé dormía todo el tiempo, pensaba, tendría más oportunidades de parecerse a su hermano, así que caminaba arriba y abajo continuamente, estrechando fuertemente al niño entre sus brazos. «Se me dormían los brazos», contaba, «y no sabía dónde acababa yo y empezaba el bebé». Cuando a la edad de ocho años el niño tuvo que ir al hospital, no tenía la noción de límite corporal y le preguntaba a todo el mundo a su alrededor: «¿Son éstas mis manos, son ésas tus manos?», como si su madre le hubiera contagiado su confusión corporal.

Esta claridad, que marca la ausencia de represión, es una señal común de psicosis. Una persona neurótica llega con un síntoma que necesita descodificación. No puede dormir, ya no puede trabajar, tiene ataques de pánico y quiere saber por qué. El motivo es opaco, pero, aun así, siente que existe alguna causa o explicación que está oculta.

Con frecuencia observamos que con la psicosis es distinto, la persona llega con un síntoma, pero sabe por qué lo tiene: «Tengo el brazo paralizado porque mi padre me golpeaba ahí cuando era pequeño». Mientras que para el neurótico la escena de infancia puede haber quedado en el olvido y sólo se recupera más tarde, durante la terapia, o se recuerda pero desprovista de su significado emocional, un sujeto psicótico con frecuencia articula con bastante claridad cuál es la causa de su síntoma. Los fenómenos psicóticos también suelen emerger con mayor discontinuidad que los neuróticos, pues aparecen de repente, como si salieran de la nada.

Que la explicación del síntoma sea o no correcta no viene al caso, puesto que lo que importa es la relación de la persona con la causalidad en sí misma. El modo en que alguien piensa en las causas es, en realidad, un indicador diagnóstico. Estar seguro de que «soy así por esto» es, normalmente, un rasgo de la psicosis. Por ejemplo, estar seguro de que uno tiene un determinado síntoma porque le pegaban de niño o porque uno tiene una determinada enfermedad por la dieta que sigue, puede que sea verdad, pero la claridad de la conexión es psicótica. Tomemos el ejemplo de una mujer que recuerda que cuando era pequeña su madre la llamó puta por pintarse los labios. Guando muchos años más tarde oyó voces que la tildaban de prostituta, asoció ambas experiencias, segura de que el comentario maternal explica las voces. La creencia inquebrantable en esta causalidad es la marca de la psicosis.

En un caso mencionado por Morel, una paciente con problemas de imagen describió cómo se había vuelto «fea» en un momento en particular, cuando, a la edad de tres años, un niño le dio una patada en la cara. Quería hacerse la cirugía para volver a tener la cara que tenía antes de este momento de cambio; la cara original, dijo, la haría guapa y los chicos la querrían. Nunca tuvo la más mínima duda de que había sido la patada lo que había cambiado todo, a pesar de que los médicos le confirmaron que sus rasgos faciales eran congénitos.

Esta patada externa ilustra otro rasgo clave de la psicosis: su carácter xenopático. La vieja psiquiatría lo describió de modos diversos: el «síndrome de la acción exterior» de Henri Claude, «fenómenos xenopáticos» de Guiraudy el «síndrome de influencia» de Séglas. La creencia es que un organismo activo opera fuera de la persona. En la paranoia, este organismo está localizado fuera del yo y tiene nombre: «Actúo así por la cámara del circuito cerrado de televisión, o porque me persiguen, o porque hay una conspiración en mi contra». La iniciativa, como señaló Lacan, siempre viene del Otro, de fuera. Como dijo Schreber en el inicio de sus *Memorias,* «La totalidad de la vida mental de un ser humano reside en la excitabilidad (de los nervios) que provocan los influjos externos»,

como si fueran los influjos externos los que tuvieran prioridad, y no los nervios. Esto contrasta con la sensación del neurótico de que sus problemas vienen de dentro: incluso si no sabe cómo o por qué, tiene la sensación de que la causa nunca está enteramente en el exterior.

Esto a menudo queda claro por el modo en que la persona habla de su angustia. Las ocasiones en las que siempre se culpa al Otro de los problemas son distintas de los casos en los que se tiene la sensación de estar implicado en el síntoma. Si la culpa se atribuye exclusivamente a lo que está fuera del yo, todo apunta a la psicosis. Podemos observar cómo esto es compatible con una situación en la que el Otro tiene, en realidad, la culpa, en la que el sujeto ha sido víctima de una serie de atrocidades o abusos. Sin embargo, en los casos neuróticos, siempre hay un margen de duda o culpa: «Me han hecho eso, pero, ¿qué papel he jugado yo?». El médico debe ser cauto cuando está claro que las tragedias externas han marcado al paciente; de nuevo, lo que importa es cómo se han procesado estas tragedias, cómo se han interpretado e incorporado a la vida de la persona.

Esta sensación de una fuerza externa que actúa en el yo recibe el nombre de «automatismo mental», y fue descrita por Séglas y después explicada con más detalle por De Clérambault. Gomo comentó una mujer que estaba ingresada, «La gente no hace cosas por mí; me hacen cosas o mí». «Estoy en una posición», dijo, «en la que *soy* pensada». Ya no se controlan las acciones internas o externas, y el sujeto psicótico puede sentir que se encuentra a merced de un poder exterior. «Los brazos y las piernas van por su cuenta... Me vienen pensamientos, no sé de dónde, pero no soy yo la que piensa», dijo una paciente. «Todo lo que hago es mecánico, funciona autónomamente, sin mí». La persona siente que la manipulan, que hablan de ella, que piensan en ella, y no siente que controle sus actos. La obligan a pensar, a sentir, a recordar, a comprender. Puede que no reconozca sus pensamientos como propios, sino como algo que le han metido en el cerebro y, por eso, siente que está en poder de algún ente externo.

La característica esencial en este caso es la idea de una fuerza o presión externa. Uno puede sentir que sus pensamientos se repiten en voz alta o se comentan, y que sus intenciones se van relatando. «Cuando digo algo, es como si lo oyera repetido en la distancia», dijo uno de los pacientes de Bleuler, «cuando dejo de hablar, las voces repiten lo que acabo de decir». Séglas definió el «eco del pensamiento» como la creencia de que los pensamientos de uno los oyen otras personas y, aunque existen muchas variedades de cómo se experimentan los pensamientos y las voces, lo que todas tienen en común es una sensación de exterioridad. El propio pensamiento se vuelve extraño y, de algún modo, se separa de la persona. La sensación de una influencia externa es, quizá, más pura e intensa en el

fenómeno de la posesión cuando se cree que algún organismo externo ha tomado el control de la mente y el cuerpo de la persona.

Muchos de los primeros investigadores vincularon a la normalidad lo que podría parecer la manifestación más extrema de la psicosis. Pierre Janet y Henri Ey indicaron que el automatismo mental es parte de la realidad cotidiana, incluso si no somos conscientes de ello. Evocaban esos aspectos de nosotros mismos que no siguen los dictados del ego y que están fuera del control consciente. Todos experimentamos automatismo de alguna forma, y el psiquiatra Charles-Henry Nodet observó que «no es el automatismo lo que es patológico, sino el significado que el sujeto le atribuye». De nuevo, lo que es significativo no es el fenómeno como tal, sino el lugar que le asignamos.

El automatismo verbal, por ejemplo, opera constantemente en nuestra vida cotidiana. George Dumas recopiló ejemplos de momentos en los que las palabras le brotaban en la mente de modo espontáneo. Una mañana, mientras se afeitaba, oyó la pregunta: «¿Qué diría uno en Río?» y, en otra ocasión, mientras se ponía los zapatos, escuchó: «El número de abogados es limitado». Catalogó en torno a sesenta frases de este tipo, todas bastante breves y con un significado verbal, pero sin una relación aparente con su contexto. Este era, para Dumas, el auténtico automatismo mental, y lo que distinguía al sujeto psicótico del no psicótico era la seriedad con la que se tomaba las palabras que se le imponían.

Como comentó Lacan tiempo después, naturalmente la vida sería más fácil si no nos tomáramos las cosas tan en serio, pero el sujeto psicótico es un individuo que, precisamente, se toma las cosas en serio. El «hola» malhumorado de nuestro vecino, la frialdad de nuestro jefe, el ligero cambio de tono que percibimos en la voz de un amigo, todos forman parte de la cotidianidad. Si nos tomáramos todo esto en serio, vivir cada día sería imposible. Y esto es, exactamente, lo que cuentan algunos sujetos psicóticos. La interpretación de estos detalles puede ser perfectamente correcta, pero la amplificación de las señales cotidianas les puede resultar insoportable, y llevar a recelos, disputas o desavenencias constantes con el entorno.

A menudo, estos detalles se interpretan estrictamente en términos de lo imaginario, como si en el mundo estuviera sólo uno mismo y la otra persona. El mal humor del vecino se interpreta como la causa de algo que uno ha hecho, la frialdad del jefe viene propiciado por los errores que uno ha cometido. No se hace referencia a la posibilidad de que la causa pueda ser un tercero, o que la otra persona pueda estar preocupada por los acontecimientos de su propia vida, que nada tienen que ver con el paciente. Es curioso que, cuando surge la idea de un tercero, pueda tratarse de un delirio: «El jefe se ha comportado

con frialdad porque alguien le ha dicho algo malo sobre mí». El tercero aparece más como una presencia malévola que como un mediador y apaciguador.

La sensibilidad al detalle de los psicóticos muchas veces revela alguna verdad. Aunque puede que el vecino no esté de mal humor por culpa de una persona, ésta puede detectar su mal humor. En terapia, los sujetos psicóticos son expertos en captar el estado de ánimo del médico, y eso significa que un psicótico a menudo es capaz de ver más allá de las convenciones y apariencias de la realidad de todos los días. La antigua psiquiatría evocaba esto con la expresión «la ironía del psicótico». Cuando el terapeuta dice: «Me preocupo por ti», el psicótico puede llegar a ser escéptico con bastante razón, a sabiendas de que esto es lo que se espera que digan los terapeutas. Reconociendo este hecho, algunos de los tratamientos experimentales para la psicosis más importantes en Estados Unidos durante los años cincuenta aspiraban a la franqueza más absoluta: el terapeuta insultaba al paciente, expresaba sus fantasías sexuales e incluso se dormía durante las sesiones si estaba cansado.

La ironía psicótica indica una comprensión de los juegos del lenguaje y las invenciones en las que se basa el mundo social común. En lugar de sumergirse en él, el psicótico guarda cierta distancia que le permite tener una perspectiva más precisa, y no hay duda de que ésta es una de las razones por las que los descubrimientos más revolucionarios a menudo los realizan los sujetos psicóticos. Ven cosas que los demás no son capaces de ver. Un joven psicótico describió el momento de lo que él llamó «epifanía» durante su infancia. Un día se dio cuenta de que la palabra «Dios» en realidad podía ser cualquier otra palabra: la elección de esas cuatro letras era totalmente arbitraria. Esto era significativo, explicó, porque plasmaba su experiencia de la palabra hasta ese momento: en una reunión del colegio, por ejemplo, sabía que el espectáculo de ver a todos los niños sentados en calma escuchando al director hablar era una «farsa». La atribución de autoridad no «se basaba en nada».

También podemos mencionar aquí a Jared Lee Loughner, que horrorizó al mundo en enero de 3011 por disparar a quemarropa a la congresista Gabrielle Giffords. En el intento de determinar en qué momento ésta se había convertido en una perseguidora potencial, destaca un episodio: Tres años antes, Loughner se había matriculado en una escuela politécnica pública y había asistido a uno de los encuentros al aire libre de Giffords con los votantes. Había enviado una pregunta por escrito que decía: «¿Qué es gobierno si las palabras no tienen significado?». Si bien no recibir una respuesta estableció una tensión persecutoria, la pregunta indica cuál era el verdadero problema para Loughner; si el orden simbólico no se basa en nada,

¿cómo puede cualquier persona reclamar una autoridad legítima? Y de ahí la agonía de las teorías conspirativas que le obsesionaban, cada una representando un abuso de poder sin fundamento.

Con frecuencia, la capacidad del psicótico de ver más allá de las convenciones se interpreta erróneamente como falta de inteligencia. Una de las pruebas más utilizadas a principios del siglo xx para evaluar las capacidades mentales de los pacientes consistía en contar una historia y después hacer preguntas sobre ella. En la clínica Burgholzli, solían contar *El burro que llevaba un montón de sal.* Un burro, cargadísimo con sacos de sal, tenía que cruzar un río. Se dio cuenta, al caerse, de que su carga se había vuelto mucho más ligera, ya que la sal se había disuelto en el agua. Al día siguiente, cargaba un saco de esponjas y se dejó caer a propósito; acabó descubriendo que las esponjas se empapaban de agua, volviéndose más pesadas, hasta tal punto eran pesadas, que se ahogó. Cuando se pidió a un paciente que contase lo que había ocurrido, éste contestó que «el burro quería ahogarse». En lugar de interpretar lo ocurrido como un error cognitivo o una proyección del propio estado mental del paciente, podía interpretarse como que sacaba a la luz la verdad latente del cuento: el pobre burro, cansado de servir como esclavo a otros, no se acordó de lo que le ocurre a las esponjas y acabó pereciendo en uno de esos «suicidios accidentales» que la misma psiquiatría estudió en su día.

* * *

El carácter xenopático de los fenómenos psicóticos puede provocar distintas reacciones. La persona puede tratar de luchar contra la fuerza atacante, limitarse a observarla, registrarla, o aceptarla pasivamente. Si lucha, el terapeuta lo sabrá rápidamente, puesto que, a menudo, se solicita ayuda terapéutica o medicación. Si la respuesta es más pasiva, puede resultar difícil comprender qué ocurre. Una buena pista la da el modo en que la persona asume su pasividad. Hay diferencia entre un caso en el que alguien siempre hace lo que le dicen, quizá ocultando un resentimiento u obedeciendo por miedo a perder el amor de sus amos, y un caso en el que la obediencia no genera conflicto. No hay sentimiento de culpa o protesta por obedecer órdenes, no hay vergüenza ni indecisión, sino simplemente una obediencia sin efectos subjetivos, como si hubiera una reacción de tipo automático a las palabras que nos dicen lo que tenemos que hacer.

Esta permeabilidad al lenguaje se observa especialmente en la esquizofrenia. A menudo, las palabras tienen un efecto inmediato en

la persona, como si no existiera una barrera que las separara de lo que se le dice a la persona que haga o que sea. Naturalmente, esto puede encajar muy bien con una determinada conformidad social: si hacemos lo que nos dicen, la vida seguirá sin contratiempos. Esto puede ayudarnos a comprender un aspecto de la famosa teoría del doble vinculo elaborada por Gregory Batesony su equipo. Las bases de la locura pueden apuntarse si la persona crece recibiendo constantes mensajes contradictorios de su entorno. Puede que le hayan dicho que no haga algo y que, simultáneamente, reciba el mensaje de que debería hacerlo. Centrarnos aquí en la permeabilidad del lenguaje podría matizar esta opinión: el problema no estriba en el hecho de recibir mensajes contradictorios, sino en tener que obedecer a lo que le dicen. Es esta obediencia —que implica que uno tendrá que cumplir con ambos mensajes— lo que hace que se entre en un punto muerto.

La permeabilidad puede resultar llamativa en algunos casos y discreta en otros. El comportamiento promiscuo de una paciente, por ejemplo, puede interpretarse como un síntoma de histeria. El hecho de tener encuentros constantes con hombres, sin restricciones sexuales, y lamentarse después por no poder encontrar al hombre adecuado, puede interpretarse como un modo de preguntarse acerca de la feminidad: ¿Qué es una mujer para un hombre?, ¿cómo puede ser deseada una mujer? Pero un análisis más exhaustivo de los detalles puede indicar la ausencia de los fenómenos subjetivos en los momentos de encuentro: cuando el hombre se insinúa, puede que ella se vaya con él sin más, como si tuviera que obedecerlo. La persona puede lamentar no tener una relación, pero puede que no haya una protesta real, ni resistencia, ni duda, en ese primer momento. Esta obediencia indicaría una estructura psicótica.

Otro indicador diagnóstico importante es cómo la persona divide su realidad, y este hecho está asociado a la cuestión fundamental de la duda y la certeza que ya hemos visto anteriormente. La característica principal del orden simbólico es el establecimiento de un sistema de divisiones y contrastes que secciona nuestro mundo. Dichos sistemas siempre comienzan a partir de oposiciones binarias, como macho-hembra, animado-inanimado, humano-animal. Conforme se vuelven más complejas, cada término de la oposición atrae más términos y estas nuevas adiciones modifican el sistema inicial para crear duda y una cierta fluidez. Muchos cuentos para niños llevan implícita exactamente esta dinámica: algo malo está contenido en algo bueno —el veneno en una deliciosa manzana— o algo bueno se encuentra en algo malo —el ogro que se vuelve amistoso, el mago benevolente escondido tras el monstruo.

En la psicosis, donde lo simbólico no se registra como en la neurosis, esto puede quedar reducido al binario inicial mínimo, sin

elasticidad ni movimiento. En un caso comentado por Piera Auglanier, el mundo se dividía en «blanco» y «negro» para un hombre nacido de dos razas distintas. Cualquier cosa que era blanca se asociaba a los perseguidores y lo que era negro con las víctimas que había que vengar. Estas rígidas divisiones del mundo en binarios muestran lo opuesto de lo que observamos en la neurosis, en la que los términos van a la deriva y existe una duda intrínseca sobre el modo en el que se interpreta el mundo. Mientras que un sujeto psicotico puede dividir el mundo entre «hombres» y «mujeres» o «gente buena» y «gente mala», el neurótico nunca está seguro: un hombre puede ser demasiado femenino, una mujer demasiado masculina, y la gente buena y mala al mismo tiempo. Aunque hay muchos casos de psicosis en los que este énfasis en los binarios no es evidente, nos encontramos con ellos con frecuencia.

En un caso descrito por Morel, la paciente había dividido el mundo en los opuestos bueno-malo. Esta joven había empezado a tener problemas al acabar sus exámenes en el instituto. Hasta entonces, su hermana mayor había sido considerada «mala», como su padre, mientras que ella había sido «buena y femenina», como su madre. La «maldad» del padre era como un rasgo hereditario que había advertido de su abuelo, y que había transmitido a su hermana. Esta división básica estableció una filiación delirante, y le ayudó a organizar su mundo hasta los exámenes. Después empezó a sentir que desprendía «mal olor» y que la gente a su alrededor lo comentaba. La primera señal diagnóstica de la psicosis era la fijación de los opuestos bueno-malo, que no admitía dialéctica o cambio.

Los binarios estrictos pueden deducirse del discurso de la persona y, a veces, son evidentes muy rápido. Los términos de lo binario, como bueno-malo, se dan con tanta frecuencia que su importancia está clara, como si su experiencia del mundo fuera a disolverse sin ellos. Estos binarios pueden ser una interpretación básica del deseo del Otro y, como tal, tienen una función protectora de la persona que es crucial. El momento en el que Schreber dividió a Dios en un Dios Superior y un Dios Inferior fue significativo en la construcción de su delirio, y le ayudó a separar las fuerzas del mal de las benignas que él sentía que habían irrumpido en su experiencia.

Igual que los términos de un binario pueden tener un peso especial en el discurso del sujeto, las palabras sueltas o las expresiones pueden adquirir un valor determinado, como bisagras o grapas en el discurso, que son necesarias para sujetar el significado. Gomo vimos en el capítulo anterior, las idiosincrasias verbales son un rasgo común de la psicosis, y una alusión verbal, un juego de palabras o, incluso, la resonancia de una palabra determinada puede señalar la presencia de un delirio. El uso nuevo de un antiguo término, acuñar nuevos

términos o la presunción de que el oyente comprende el significado de una nueva palabra son indicios clásicos de la psicosis. Lo que cuenta es que una palabra, frase o fórmula sea fija. Hasta una estructura gramatical puede tener esta función, y su uso repetido en todos los momentos del discurso de una persona en los que se evoca un significado problemático puede tener la misma función que un neologismo. Conforme nos acercamos a un momento no simbolizable, las palabras o las secuencias gramaticales se congelan, como una protección contra la proximidad del vacío.

También debemos tener en cuenta aquí la emoción y el afecto, ya que, a menudo, se usan para diagnosticar la psicosis. Si la persona parece excesivamente desconectada, incapaz de experimentar emociones o incluso en estado de estupor, en el pasado se sospechaba que se trataba de esquizofrenia. Hoy en día, la mayoría de los profesionales son más cautos, aunque sigue habiendo una tendencia a utilizar el afecto como herramienta diagnóstica. Las razones por las que es poco fiable son evidentes. Puede parecer que alguien está catatónico y que después revele la intensidad de las emociones que eligió no desvelar, igual que alguien puede mostrar desmesuradamente sus emociones simplemente para agradar al otro, que esperaría esa reacción. El consejo que dio Edith Jacobson en los cincuenta sigue estando absolutamente vigente: advirtió de que el afecto nunca es suficiente para emitir un diagnóstico, aunque la calidad y la intensidad del afecto pueden darnos una pista acerca de los procesos de pensamiento subyacentes. Serán éstos los que al final zanjen la cuestión diagnóstica.

Si el afecto y la emoción deben ser cuidadosamente contextualizados en este marco, las pistas diagnósticas se hallan en el área relacionada de la localización de la libido. Para el neurótico, la libido está más o menos localizada en las zonas erógenas, especialmente en los órganos sexuales, y generalmente viene marcada con el signo negativo: no podemos tener lo que queremos, la satisfacción es demasiado breve, etc. Nos esforzamos por conseguir momentos de placer, pero son efímeros y, en general, no cumplen nuestras expectativas. Las fuentes de insatisfacción, del mismo modo, están situadas fuera del cuerpo, en las personas que deseamos y anhelamos. Por tanto, la libido para el neurótico es limitada y siempre está más del lado negativo que del positivo. Sin embargo, en la psicosis las cosas son diferentes.

En la psicosis, la libido está menos vinculada a lo negativo y más a lo positivo: en vez de estar demasiado ausente, está demasiado presente, y el psicotico a menudo tiene que protegerse de ella. Se sitúa en el cuerpo, como en la esquizofrenia, o en el Otro, como en la paranoia. En la esquizofrenia, la automutilación puede constituir un

medio para intentar eliminar la libido del cuerpo, mientras que suprimir al Otro puede constituir un medio de negar la libido en la paranoia. En todas las formas de psicosis, debido al hecho de que lo simbólico no ha sido interiorizado como ocurre con los neuróticos, existen localizaciones atípicas de la libido. Cada caso nos puede enseñar algo distinto.

A veces los fenómenos son asombrosos: estados de euforia o absoluta felicidad, que el psiquiatra Oswald Bumke catalogó a principios del siglo xx. Es característico de estos estados que la excitación ataque a la persona desde fuera. A menudo, la persona no está preparada y, sencillamente, emerge con una fuerza aplastante, como si su propia excitación fuera un fenómeno exógeno. En lugar de ser buscada o perseguida, como en el caso del neurótico, se presenta inesperadamente. Dichos momentos o estados de excitación pueden estar relacionados con descubrimientos, revelaciones o inspiraciones. De formas más discretas, la persona puede tener extrañas sensaciones físicas sobre las que prefiera mantener silencio, experimentadas como placer, dolor o malestar físico. A veces pueden ocasionar temores hipocondríacos y una sensación de perplejidad.

Expresar directamente las emociones, en lugar de ocultarlas, también puede ser una señal de psicosis. La persona puede reír o llorar, o tener reacciones muy intensas que es incapaz de controlar. En lugar de reprimir las emociones volviéndolas inaccesibles o confusas, éstas se manifiestan con toda claridad, como si hubiera una continuidad entre los acontecimientos o las experiencias de las que la persona está hablando y su reacción. Las emociones asociadas a alguna escena de la infancia están tan presentes décadas más tarde como lo estuvieron en su momento. Aquí, las sensaciones vuelven al cuerpo de la persona, independientemente de sus intenciones conscientes, eludiendo la red de pensamientos que de otro modo las codificaría.

Prestar atención a las cuestiones que hemos tratado en este capítulo puede hacer posible la diferenciación entre la neurosis y la psicosis, que es esencial para el trabajo clínico. Sin él, nos quedamos atrapados en el campo, cada vez mayor, de las etiquetas de salud mental, donde cada síntoma superficial se transforma en una entidad diagnóstica nueva. Este aumento de categorías puede beneficiar a algunas compañías farmacéuticas, ansiosas por encontrar nuevos públicos para sus productos, y también puede ser útil para algunos pacientes que buscan identificarse con etiquetas. Sin embargo, ignora las estructuras básicas subyacentes que necesitamos reconocer para diseñar estrategias terapéuticas reales para trabajar con la psicosis.

6. LAS CAUSAS DE LA PSICOSIS

¿Cuáles son las causas de la psicosis? ¿Por qué se vuelven psicóticas algunas personas y otras no? La psicosis es una estructura mental que se establece bastante pronto en la vida, probablemente en los primeros años. Esto no significa, por supuesto, que la persona vaya a volverse loca. Hay una diferencia, como hemos visto, entre ser psicótico y volverse psicótico. Para que se active la psicosis deben darse otros factores, que discutiremos en el próximo capítulo. Pero, ¿qué ocurre en esos primeros años para que se cree una estructura psicótica? La extensa documentación disponible acerca de esta cuestión ha dado muchas respuestas diferentes: defectos genéticos, desequilibrios químicos, una crianza deficiente de los hijos, madres depresivas, padres ausentes, aislamiento social, problemas de comunicación, etc.

Estas ideas se toman más o menos en serio dependiendo del clima cultural del momento. En la época en la que se culpaba a los padres de todo, se les hubiera considerado la causa de la psicosis de sus hijos. Cuando se puso de moda el tema de los genes —como es el caso actualmente—, los culpables eran estos componentes biológicos. La mayoría de los resultados que acaparaban los titulares, afirmando que se había encontrado el gen de la depresión maníaca o la esquizofrenia, han sido estrellas que se han apagado rápidamente. Además, los medios de comunicación casi nunca publican los detalles de resultados negativos o las retractaciones que les siguen. Otros «avances» biológicos que fueron noticia sugirieron que los psicóticos tenían dañado el hígado, el cerebro, los riñones y las funciones circulatorias, que tenían deficiencias de prácticamente todas las vitaminas, que padecían desajustes hormonales y que tenían enzimas defectuosas. A mediados de los años cincuenta, este ciclo de entusiasmo y decepción ya era la norma. En un artículo de la revista *Science,* un psiquiatra indicó que cada nueva generación de biólogos tenía que pasar por el adoctrinamiento y el desencanto. Pero, aun así, no se ha aprendido la lección y hoy en día sigue habiendo un apetito insaciable por las explicaciones biológicas.

Estas suelen incluir dos malentendidos básicos. Primero, a menudo se observa que personas de distintas generaciones de la misma familia tienen idéntica «salud mental». Por tanto, debe ser algo genético, pero, para bien o para mal, no sólo heredamos los genes de nuestros padres, sino que también heredamos a nuestros padres. Un joven

paciente paranoico apenas pronunció una frase: «Todo es una cuestión de física y química». Cuando el psiquiatra se reunió con los padres y les preguntó qué opinaban del estado de su hijo, la madre, tras un largo silencio, dijo: «Bueno, no sabemos nada al respecto. Para nosotros se trata sólo de una cuestión de física y química». El padre y el paciente repitieron en voz baja: «Sí, sólo es una cuestión de física y química». Crecer con un progenitor que tiene determinados problemas, por supuesto, tendrá un impacto en el niño, que puede acabar desarrollando algunos problemas él mismo. Esta dimensión de transmisión familiar se ignora por completo en los estudios genéticos, por lo general, como si pasáramos los primeros años de nuestra vida dentro de algún tipo de burbuja abstracta, sin contacto con nuestros seres queridos.

La presencia de un problema biológico, asimismo, no puede considerarse fuera de su contexto. Imaginemos que un niño nace con un problema específico genético o neurológico que le afecta, por ejemplo, al habla, la vista o el oído. Esto, claramente, tendrá algún impacto en el lugar que los padres han construido para el niño en sus fantasías. Antes y durante la gestación, los padres tienen ideas —conscientes e inconscientes— sobre cómo será su hijo, qué aspecto tendrá, cómo se relacionarán con él. ¿Nos amará como nos amó (o no) uno de nuestros padres? ¿Nos reconocerá como quizá no fuimos reconocidos por nuestros propios padres? Incluso hasta en un nivel tan básico como el físico, los padres tendrán ideas preconcebidas. Puede que imaginen el aspecto del feto y que se sorprendan durante la ecografía cuando se enfrenten a una discrepancia.

Por muy amables y cariñosos que sean los padres, el problema biológico puede influir en la reacción ante su hijo, y los niños, que tienen una sensibilidad especial para las interacciones emocionales, pueden detectarlo rápidamente. Si ese niño posteriormente desarrolla una psicosis, el investigador puede asumir que el problema biológico es la causa de la psicosis, en lugar de considerar la psicosis como un posible efecto de las reacciones de los padres al problema. Esta tensión entre las ideas de los padres acerca de su hijo y la realidad, marcada por el problema biológico, puede impactar significativamente en las primeras interacciones, condicionadas también por los comentarios de los abuelos, personal médico, etc.

El otro malentendido tiene que ver con la composición del gen. A pesar de la reconvención de muchos investigadores, la opinión común respecto al gen sigue siendo que se trata de un «carácter unitario», un único elemento que sería el responsable de rasgos fisiológicos o de comportamiento específicos. Los teorizadores de la eugenesia de principios del siglo xx sostenían que genes específicos podían ser los causantes del nomadismo, el crimen, el desempleo, la indolencia y un

estilo de vida disoluto, y éstos, a su vez, estaban vinculados a la «mala sangre» de los judíos, los negros y los enfermos mentales. La noción de caracteres unitarios era un rasgo fundamental de esas teorías hereditarias, y se desmintió más o menos hace un siglo, cuando se descubrió que no hay una simple correspondencia unívoca entre una característica visible y un gen que la produzca. Al contrario, una característica sería el resultado de muchos genes diferentes en un sistema, reaccionando el uno con el otro y ambos con el entorno. En los años veinte ya se sabía que genes diferentes podían influir en la misma característica, igual que un único gen podía influir en distintas características. A pesar de estos hechos, la teoría del carácter unitario todavía impregna la visión contemporánea de la causalidad genética, y a comienzos de los años noventa, los biólogos sugirieron buscar otro término, puesto que existía una tendencia a malinterpretar la palabra «gen». Se veía a los genes como agentes causales aislados, y no como partes de complejas redes de interacciones biológicas que, normalmente, dependían en gran medida de lo que ocurría alrededor. Muchos biólogos reconocían que la vieja oposición entre naturaleza y educación no podía seguir como hasta ese momento. De hecho, el intento por hacer a un gen responsable, separándolo de todo lo demás que pudiera tener algo que ver con la vida humana, tiene algo de psicótico, como si una sola entidad pudiera ser considerada culpable, igual que en la paranoia se designa a un único organismo como el causante de todos los problemas de una persona.

El rígido posicionamiento de un único factor causal es una marca distintiva del pensamiento psicotico. La culpa se asigna a un único organismo perseguidor en la paranoia o, en casos de melancolía, a uno mismo, por algún acto que uno ha realizado o no en el pasado, como si se tratara de una sola acción, de un solo detalle, de una causa que pudiera explicar todo, como una piedra filosofal. Este estilo de razonamiento, por supuesto, está presente en muchos tipos de investigación científica, y puede contrastarse con el estilo más obsesivo que se ve con frecuencia en las revistas médicas. En la conclusión del estudio habrá un párrafo que muestre la indecisión de los autores y cómo indican que puede tratarse de un factor, pero también podría tratarse de otro, etc., en un ciclo infinito de procrastinación y duda. ¡Qué atractiva debe de parecería certeza psicótica con su fijación en causas únicas! Y esto, sin duda, explica la popularidad de los discursos psicóticos en los medios de comunicación científicos y en los comités de subvenciones.

La perspectiva de Lacan era diferente, y, como muchos de los psiquiatras de su época, distinguía cuidadosamente entre las condiciones de la psicosis y las causas del desencadenamiento de la psicosis. Si la condición básica en este caso era que la metáfora

paterna no se había producido, podían estar en juego diversos factores. El advenimiento de la psicosis no podía preverse, y uno sólo podía trabajar hacia atrás después, estudiando la historia personal del individuo para hallar las pistas que mostrarían cómo se fue estableciendo la psicosis. Así que, ¿cuáles podían ser estos factores?, ¿qué puede poner en entredicho la metáfora paterna o hacerla imposible? Tras explorar estas cuestiones, en el próximo capítulo estudiaremos las circunstancias específicas que en efecto pueden desencadenar una psicosis.

Hemos visto cómo existen dos momentos cruciales en la infancia de cada persona. Primero, cuando el niño se pregunta por las ausencias de la madre: ¿Adónde va? ¿Volverá? ¿Por qué me abandona? Los niños, con frecuencia, simbolizan estas ausencias mediante juegos, como el famoso «*Fort/Da*» descrito por Freud, del que hablamos en el capítulo Se usan muñecas, sonajeros, chupetes u otros objetos para recrear las secuencias de aparición y desaparición, y el niño organiza idas y venidas, presencias y ausencias. Juegos como el cucútras o el escondite pronto permitirán versiones más elaboradas de estos temas.

Si el primer período es en el que el niño hace preguntas sobre las idas y venidas de la madre, el segundo se refiere a la interpretación de estos ritmos. La fase inicial aquí es de seducción, mientras el niño intenta convertirse en lo que cree que su madre pretende. Puede que esto implique portarse muy bien o muy mal, ser extrovertido o tímido, hacerla rabiar o ser obediente. Sin embargo, pronto se dará cuenta de que no se saldrá con la suya, de que hay algo, más allá de la madre, a lo que nunca podrá acceder y que satisfacerla no sólo está prohibido, sino que es imposible. Este espacio más allá de la madre está conectado con el padre, o con cualquier ente que tenga un papel comparable: puede tratarse de un abuelo o cualquier otro familiar, un amigo de la familia o, incluso, una profesión, como hemos visto anteriormente.

Reconocer este hecho puede tener un efecto mediador en el niño, que le indica que no puede ser todo para la madre: algo más tira de ella, algo que tiene control sobre ella. Intentar analizar detenidamente lo que la madre es para el padre y lo que el padre es para la madre se convierte en un momento doloroso y crítico de la infancia. A veces, como hemos visto, el niño emplea un elemento de fuera de la familia que le ayuda en este proceso, como los animales totémicos de una fobia. Esto permitirá al niño salir de un mundo con tres lugares (el niño, la madre y el objeto imaginado de interés de la madre) y pasar a un espacio más complejo, que se abre al mundo social. El hecho de que haya algo más allá de la madre introduce un vacío, como la pieza

que falta en esos juegos y que le permiten a uno deslizar las fichas para construir una forma o imagen. Sin este hueco, las piezas están bloqueadas y no se pueden mover. Por tanto, es crucial cómo reconoce y registra esto el niño, y dependerá en gran parte de cómo lo transmite la madre, cómo habla de su mundo y cómo sitúa al padre dentro de él.

Lo que importa no es lo fuerte o capaz que sea en realidad el padre, sino cómo lo representa la madre en su discurso, cómo lo posiciona. Cuando habla, ¿le da el mismo valor que al resto de las cosas de las que habla o le da una posición privilegiada?, ¿es respetado o constantemente menospreciado? El punto de referencia puede estar en a otras figuras, como hemos visto, siempre que indique que el niño no lo es todo para la madre y que un ente externo tiene influencia o control sobre ella. Se trata de un proceso mediante el cual el niño se vuelve consciente del hecho de que la madre tiene carencias. Y éste es un momento de suma importancia, en el que pueden surgir problemas. Si la madre se identifica con la ley, ¿cómo puede considerar el niño que está sujeta a la ley?

Una de mis pacientes describió el nacimiento de sus hijos como si se hubieran tratado de nacimientos divinos: el padre ni siquiera llegó a ser mencionado. Cuando le pregunté por las concepciones y los embarazos, me dio muchos detalles, pero ni una sola referencia al hombre que la había fecundado. Era como si hubiera creado a los niños ella sola. Es un rasgo común en madres de sujetos psicóticos, como si sus propios cuerpos fueran los responsables de la gestación y el nacimiento de sus hijos. En cierto sentido, por supuesto, ésta es una verdad biológica, pero excluye no sólo la parte biológica del padre, también la función simbólica del padre en la configuración que precedió la llegada del niño al mundo, que no es menos significativa.

La tendencia actual en psicología sobre la teoría de las «otras mentes» malinterpreta esta cuestión fundamental. Se considera que el desarrollo del niño pivota en torno al momento en el que se da cuenta de que la madre puede tener una mente propia, diferente de la suya, que puede pensar cosas diferentes. En un famoso experimento, se mostró a unos niños una bolsa de golosinas y su contenido. Se sacó a algunos niños de la habitación y se colocó un cocodrilo de plástico en la bolsa de golosinas delante de los niños que se quedaron en la habitación. Entonces, quienes conducían el experimento preguntaron a los niños: ¿esperaban que los otros niños, al volver, se sorprendieran al ver el contenido de la bolsa? ¿Atribuirían sus propias creencias a los otros niños o, por el contrario, comprenderían que tenían «otras mentes»?

Por supuesto, los que experimentaban no prestaron atención al rol del simbolismo en lo que estaban haciendo —¿qué podía significar

para los niños un cocodrilo?—, pero el verdadero momento de cambio no ocurre cuando el niño se da cuenta de que la madre tiene su propia mente, sino cuando se da cuenta de que hay algo más allá de su mente, que puede ser objeto del pensamiento de otra persona o pensar en otra persona que no sea él. Este triángulo, a menudo, no está presente de un modo obvio en algunas formas de psicosis. La persona puede atribuirse todo a sí misma, como que sus amigos no llaman por algo que ella ha hecho, y no por algo que puedan haber hecho ellos. Es como si en cada momento de su vida, sin importar con quién esté, sólo estuvieran ella y el otro. No hay un tercero que medie en sus relaciones humanas, no hay nada más allá de la otra persona. Por eso, muchos de estos sujetos prefieren evitar completamente a otras personas. Saben que cerca siempre significará demasiado cerca.

En ocasiones, un delirio puede constituir un intento de tratar este problema. El sistema de Schreber no era sólo acerca de él y Dios, sino acerca de la complicada red de rayos y nervios que formaban una parte del Orden del Mundo. Su preocupación no se centraba exclusivamente en cómo se conectaban a su cuerpo los rayos y los nervios, sino en cómo estos dos grupos de filamentos se relacionaban el uno con el otro. Por tanto, establecía formas de triangulación que podían suavizar la posición insostenible de habitar un mundo que le incluía sólo a él y a la inmensa «Otra Mente» que él llamaba Dios.

Merece la pena aclarar los problemas de la triangulación ahora, puesto que se dividen en más o menos tres grupos. En el primero, sólo están la madre y el niño, como si no existiera nada más. El niño se arriesga a quedar reducido a un puro objeto para la madre. En el segundo están la madre, el niño y el objeto de interés de la madre, por lo que se crea un triángulo. El niño puede que intente llenar este espacio que cree que la satisfará. En el tercer grupo están la madre, el niño, el objeto de interés de la madre y el verdadero tercero, aunque no siempre esté asociado a representaciones del padre. Cada una de estas estructuras genera su propio conjunto de problemas, aunque las dos primeras son características de la psicosis.

Muchas veces, la ausencia de un tercero está clara cuando la paranoia genera actos de violencia. Al vivir en un mundo en el que se le persigue constantemente, el paranoico puede dudar, con respecto al perseguidor: «Se trata de él o de mí». En la fase especular no hay mediación simbólica—, se trata sólo de la persona y de la imagen que tiene delante, que le confiere identidad al mismo tiempo que se la sustrae. Por eso, como señala la psicoanalista Sophie de Mijolla-Mellor, la persona puede llegar a afirmar que actuó en legítima defensa al asesinar a su perseguidor quien, confiado y desarmado, puede incluso ignorar la existencia del asesino.

No poder situar al tercero puede implicar que el niño permanezca

atrapado en la posición de objeto para la madre. Puede tomar la forma de un organismo puramente biológico, cuyas necesidades básicas están cubiertas, pero poco más que eso; o de un compañero apreciado y estimado, no sólo entregado emocionalmente, sino excesivamente entregado, como si lo fuera todo para ella. Si la madre se siente colmada con el niño, no hay carencia, y de ahí las dificultades, si no, la imposibilidad de ir más allá en su relación con ella. El cuerpo del niño puede convertirse en el lugar mismo de satisfacción maternal, y podemos observar esto no sólo en las psicosis infantiles, sino también en casos de adultos que intentan desesperadamente regular o suprimir la presencia de la libido en su propio cuerpo, quizá, autolesionándose, perforando o extirpándose partes del cuerpo.

El sujeto intenta separarse de la libido de su madre, que está pegada a él, distanciar esos aspectos de su cuerpo que esconden esta presencia ajena e invasiva. Como me dijo una paciente, a menudo tenía que cortarse el pelo que a su madre le encantaba cepillar cuando era una niña. Sólo esto, me explicó, la hacía sentir segura. Cuando los sujetos esquizofrénicos describen sus acciones, pensamientos o sentimientos como los productos de otros, explicados mediante la sugestión, la posesión, la influencia hipnótica o alguna máquina controladora, parece que lo que evocan es precisamente esta presencia del Otro dentro de ellos.

* * *

El padre también puede tener un rol en el montaje de la psicosis. En los ejemplos del pequeño Hans y Marcel Pagnol hemos visto cómo se puede comparar al padre verdadero con un punto de referencia simbólico y considerar que tiene carencias. En ambos casos se encontró una solución introduciendo un elemento externo: un caballo, en el caso de Hans; las perdices de roca, en el de Marcel. Ambos actuaron como conductores para que operase la función simbólica de la paternidad, dando al hijo orientación y dirección. Pero, ¿qué ocurriría si en lugar de aceptar esta debilidad necesaria el padre tratara de competir con el ente simbólico, usurparlo, convertirse en la propia ley? Uno de mis pacientes recordó estar en la cola de un teatro con su padre, sintiéndose incómodo. A su lado había una barrera, y pensaba: ¿Por qué no saltaba su padre para llegar antes a la taquilla? Si el recuerdo le hizo preguntarse por la masculinidad de su padre, ¿cómo compararlo con un caso en el que el padre actuase como si no hubiera ninguna barrera?

Muchos casos de psicosis nos muestran a un padre que se

autoerige en la ley, en lugar de situarla como un ente más allá de sí mismo. La situación social del padre puede ser o no ser relevante: hay casos de psicosis de hijos de jueces y policías, pero el rol profesional nunca es suficiente en sí mismo para aclarar nada. Lo que importa es cómo se relaciona el padre con este rol, cómo lo asume, hasta qué punto se identifica con él y si reconoce y transmite o no al niño que él mismo también está sujeto a una ley simbólica que está más allá de él.

En algunos casos, el padre literalmente se autoerige en la ley, mientras que, en otros, la ley queda reducida a un ideal, como la justicia, la caridad o la equidad. El factor decisivo no es tanto el contenido del ideal, sino cómo se identifica el padre con él. Si lo hace con pasión, es posible que la ley simbólica que está más allá de él permanezca inaccesible, o que contradicciones o discrepancias adquieran un peso traumático y excesivo. Schreber describe a su padre como alguien que tiene «una misión de tipo apostólico para traer salud, felicidad y dicha a las masas». Es difícil no asociar la imposición del estricto sistema sumamente idealista del padre con la propia psicosis de Schreber. Mientras que Moritz Schreber era el origen de los imperativos de educación, pedagógicos, ortopédicos y de calistenia, en el delirio de su hijo, Dios no es el autor de la ley, sino que, al contrario, él mismo está sujeto al Orden del Mundo. Esta «relación legítima» significaba que Dios no interfería demasiado en los asuntos de los humanos: se quedaba a una distancia apropiada. Por tanto, el delirio de Schreber pretendía rectificar la usurpación de la ley por parte de su padre.

Lacan también evoca aquí al padre que se presenta a sí mismo como excesivamente virtuoso, como un pilar de fe, un parangón de integridad y devoción, que sirve a una causa caritativa, a la nación o a algún ideal de seguridad. Cuanto más recurre un padre a un ideal abstracto, más puede que sufra el hijo al no estar a la altura, ya sea por debilidad o engaño. La clave aquí es que el padre sitúa el ideal en la dimensión simbólica, como un principio organizador del mundo. Por tanto, cuando se cuestiona, no se produce una pequeña molestia, sino que la existencia completa de la persona se hace pedazos. Al crecer, necesitamos más comida y abrigo: necesitamos un vínculo con el orden simbólico, basado en la confianza. Necesitamos saber que cuando un adulto nos habla, no nos está engañando, para no tener que preguntarnos constantemente: «Está diciendo esto, pero, ¿qué quiere decir en realidad?». Los primeros trabajos de Bateson y sus compañeros sostenían que los neuróticos reprimen esta cuestión, que está presente en muchas formas de psicosis. Incapaz de establecer una confianza básica en el discurso, ¿qué más queda que pueda cimentar nuestra presencia en el mundo?

Si se implantan los ideales en el orden simbólico y después

resultan ser mentira, se eliminan los mismos cimientos de la persona. No es sólo que la persona se sienta decepcionada por su padre, sino que se debilitarán sus conexiones reales con el mundo. En un caso, un padre impuso su propio sistema de educación a sus hijos desde el momento en que nacieron. Tenían que comer, dormir y excretar exactamente como él quería, y diseñó su propia filosofía para darle sentido a estas crueles imposiciones. Procuró que los cuatro niños dejaran el pañal antes de cumplir un año. No se permitían las emociones negativas e, incluso, tenían que sonreír cuando les pegaba, para demostrar que reconocían que el castigo era justo. En lugar de estar la ley más allá de él y de transmitirse, extrañamente, través de su persona, él se equiparó con la ley, y la emitió a través de su filosofía. Al tratarse de un juez respetado, ocupaba una posición de mucho poder, y ninguna de las criadas o niñeras de la casa se atrevió a contradecirlo. La madre aceptó el sistema de educación de los niños sin protestar.

A pesar de la crueldad del sistema de su padre, la paciente le amaba apasionadamente. «Era lo que mi padre quería que fuese. Su idea de mí es lo que yo era». Cuando iban a un restaurante, cerraba los ojos y le dejaba que le metiera en la boca cualquier alimento que nunca antes había probado, como un signo, decía, de su total confianza en él. Nada pudo hacer mella en este amor, hasta que, muchos años después, descubrió los detalles de su depravada vida extramatrimonial. En ese momento tuvo que cuestionarse todas las lecciones de moralidad, los peligros de la masturbación, la importancia de la fidelidad. Fue en ese momento cuando empezó a ver gatos a su alrededor, y a interpretar sus movimientos y sonidos como mensajes que le decían lo que tenía que hacer. Cuando se cuestionó la seguridad de la palabra de su padre, comenzó a utilizar una nueva brújula, lo que ella denominó «la ley de los gatos».

* * *

Por muy traumática que haya sido la educación de una persona, ella tiene cierta responsabilidad, por cómo elige darle sentido al mundo. El entorno familiar puede tratar de imponer ideas e interpretaciones en el niño, pero siempre hay un margen de elección que, por muy pequeño que sea, es, a pesar de todo, suyo. Esto nos lleva a la cuestión del papel del propio niño en la psicosis. Debe haber un elemento de elección en la decisión de aceptar o rechazar la idea del padre, no sólo el padre verdadero, empírico, sino el tercero simbólico, necesario para que opere la metáfora paterna. Si bien la paternidad lleva implícita un acto de reconocimiento simbólico ente generaciones, una confianza

básica, este acto puede ser rechazado por varias razones, personales y específicas a cada historia individual.

Hay casos en los que el niño simplemente puede negarse a aceptar que existe algo más allá de la madre, un tercero que media y apacigua. Melanie Klein lo expuso en su teoría de las posiciones esquizoparanoide y depresiva. Sostenía que una fase fundamental de la infancia conllevaba el registro de que los pechos gratificantes y frustrantes —los pechos «buenos» y «malos», en su terminología— eran sólo uno y el mismo. El niño comprendería que la madre era la depositaría de cualidades contradictorias, y eso le causaría tristeza. Lo que se ve con claridad en algunos niños psicóticos es que estas sensaciones, a menudo, no son posibles. Su lugar lo ocupa el ataque puramente sádico. Una frustración en el amor, por ejemplo, puede no generar ningún sentimiento depresivo, sino una serie de ataques sanguinarios.

Esta ausencia de tristeza puede ser el resultado de negarse a reconocer que hay un tercero más allá de la madre. Aceptar esto, después de todo, tendría un efecto depresivo, que indicaría que uno sólo no puede satisfacerla y que no es suficiente para ella. Aquí, de nuevo, encontramos una pista a la lógica que recorre tantas creaciones psicóticas, en las que el sujeto intenta convertirse en la pieza perdida, bien tomando la forma del redentor de la humanidad o del objeto de amor de algún personaje público o grupo religioso.

Podría parecer que este rechazo del tercero se basa en el puro dolor de tener que romper un estado de fusión con la madre: de ahí que el niño entierre en el olvido la función paternal o su equivalente. Pero, cuando analizamos las historias de infancia de sujetos psicóticos en casos en los que parece haber menos énfasis en la madre que menosprecia al padre o en el padre que usurpa el lugar de la ley, solemos observar que la temprana relación con la madre no estaba marcada por la fusión, sino por la discontinuidad y la turbulencia. Quizá son estas situaciones las que hacen que los esfuerzos del niño por satisfacerla sean aún más desesperados, y de ahí la forclusión.

En otros casos, el rechazo conlleva una falta de fe en el propio orden simbólico, como vimos en el caso del hombre cuya epifanía tenía que ver con la palabra «Dios», y con el escepticismo de Loughner respecto del fundamento de las palabras. Rechazar el ente simbólico de la paternidad o al tercero puede ser una decisión reforzada por las propias palabras de la madre, o puede que no. Pero, caso tras caso, si escuchamos atentamente, veremos que no se ha establecido la función paterna. Puede haberlo fomentado el embargo del padre en el discurso de la madre, la anexión del padre del lugar de la ley, la propia decisión del niño de no creer en el padre o en lo simbólico, o una combinación de todos esos factores.

Debemos precisar que todos estos factores son compatibles con tener padres cariñosos y una buena relación con el verdadero padre. Lacan tuvo mucho cuidado de no convertir al padre verdadero en la causa de la psicosis, sino la no-integración de la función simbólica de la paternidad, que deriva en un colapso del proceso de simbolización del deseo de la madre. Este rechazo o no-integración de la función simbólica puede conllevar una subentrega o una sobreentrega del verdadero padre. En el caso que hemos comentado más arriba, el padre verdadero queda elevado al estatus de un Dios o, más precisamente, el niño acepta y elabora su propia autoelevación. En otros casos, el padre sencillamente no cuenta. Las preguntas referentes a la infancia del niño reciben respuestas monosilábicas, como si el padre hubiera sido desterrado de la historia familiar. Es importante reconocer aquí la diferencia entre la familia de carne y hueso y las relaciones simbólicas entre ellos que se construyen con el discurso. Un rechazo del ente paterno puede darse incluso si el padre verdadero y el niño parecen llevarse bien y tener una relación de afecto.

No debemos olvidar este punto, puesto que tiende a llevar muy fácilmente al viejo argumento de «culpar a los padres». El factor decisivo aquí es lo que ha hecho el niño de la relación —o de la falta de relación— entre los padres. Por lo tanto, el niño tiene cierta responsabilidad al elegir su estructura psicológica, un hecho compatible con la amplia variedad de antecedentes familiares. Reconocer este hecho debería disuadir de esos intentos inútiles de encontrar el tipo exacto de familia que generaría la psicosis. Enfocarse estrictamente en un único conjunto de rasgos superficiales es inútil, aunque, por supuesto, hay cosas que podemos descubrir y estudiar respecto a las constelaciones familiares en la psicosis.

Las generalizaciones sobre las madres de sujetos psicóticos son, con demasiada frecuencia, absolutas, y no existe el concepto de «la madre de un esquizofrénico» o «la madre de un paranoico». Puede que encontremos determinados rasgos en muchos casos, pero eso no significa que sea así en todos los casos. Podemos ver muchas madres de esquizofrénicos que no se dedicaron al bebé que llevaban en su vientre por narcisismo, o que lo vieron como su propia y exclusiva obra, o que tuvieron depresión postparto, pero no existe una ruta causal que conecte estos hechos con la psicosis de sus hijos. Entran en juego muchos factores, y debemos explorar los detalles de los primeros años de vida de cada paciente y la constelación familiar en cada caso.

Dicho esto, ciertas dinámicas de la relación madre-hijo surgen una y otra vez, y podemos tenerlas en consideración sin la obligación de encontrar la piedra filosofal de la causalidad. Gisela Pankow sostenía que la madre del esquizofrénico es incapaz de ver a su hijo como un

ente independiente. En un ejemplo, se descubrió que una mujer había desatendido a su hija, privándola de comida y cuidados básicos. Años más tarde, explicó: «No podía creer que había traído al mundo algo separado de mí misma». Su hija, dijo, «no era real», y por eso la trataba como un objeto. Si para ella la niña no puede existir de modo independiente, ¿cómo va a crecer creyendo en su propia existencia? Del mismo modo, si la madre no tiene confianza en su propia capacidad para cuidar a su hija, o cree que la hija no tiene esa confianza en ella, pueden darse dificultades importantes en la relación madre-hijo, una falta de fe en el Otro, que algunos analistas han asociado con la paranoia.

Piera Auglanier creía que estas dificultades iniciales podían imposibilitar que el niño pensara en su propio origen y, por tanto, que éste evitaría cualquier cosa que lo evocara. Estas ideas se forcluyen y la vida sigue. El riesgo llega en momentos en los que se remueve la cuestión de los orígenes, más claramente, al ser padre. En ese momento puede desencadenarse una psicosis. La otra solución que da Aulagnier es la elaboración temprana de un delirio sobre los orígenes, como para ocupar el lugar que nunca se articuló en el discurso de los padres. Cuando los padres imponen inconscientemente un tabú en el pensamiento, el niño construye un delirio. Esto también es totalmente compatible con la vida normal, y sólo se convierte en un problema cuando los acontecimientos externos ponen en cuestión el delirio.

Aulagnier también estudió algunos contrastes importantes entre las constelaciones familiares en la esquizofrenia y la paranoia. Observó que las madres de los paranoicos, a menudo, hablaban de los sacrificios que habían hecho y el valor que habían mostrado al sacar adelante a sus hijos, con el deseo del padre designado como peligroso o dañino. Sintiendo el peso del martirio de la madre, al hijo le resulta imposible asumir sus pensamientos críticos y hostiles hacia la madre: rechazados por la psique, estos pensamientos regresan desde el exterior en forma de delirios persecutorios. Podríamos añadir que, muchas veces, la madre también trata el vínculo del hijo con el padre como un crimen: no tiene derecho a querer a alguien tan malo. En la esquizofrenia, Aulagnier percibió cómo algunas madres muestran una actitud de rechazo o de completa apropiación de la autonomía del hijo.

«Nunca supe que estaba embarazada», dijo la madre de Joey, y durante el parto «pensaba en él más como una cosa que como una persona». En oposición, otra madre podría decirle directamente a su hijo, «No me hace falta preguntarte qué quieres. Tú eres yo». En estas circunstancias, ¿qué espacio le queda al niño para pensar? Sin que se le atribuya ninguna autonomía, ¿cómo puede tener un yo o saber cuál es su experiencia y cuál *la de otra persona?* Si se les obliga a pensar lo

que piensan otras personas, no les parece posible nada más. Clínicamente, observamos este fenómeno en la a menudo sorprendente identidad del discurso de la madre y del hijo: aunque se les entreviste por separado, dan la misma versión de la historia, como si no fuera posible una alternativa.

Estas ideas parecen dar una explicación para el rasgo específicamente esquizofrénico de creer que los propios pensamientos y el cuerpo son controlados por otra persona, un detalle que no encontramos en la paranoia. De manera similar, los problemas en la relación temprana madre-hijo también parecen explicar otras características de la esquizofrenia. Tomemos el ejemplo del llamado síndrome de Capgras, en el que el sujeto psicotico cree que la gente de su entorno ha sido reemplazada por dobles. Aunque se percibe como algo bastante exótico, lo cierto es que es bastante común, y varios de mis pacientes a veces creen que he sido reemplazado por una copia. Observamos este fenómeno en el caso Schreber, cuando dice de su mujer que estuvo con él continuamente hasta que tuvo que marcharse durante cuatro días para visitar a su padre: «Ya no veía en ella una persona viva, sino sólo una figura humana producto de un milagro, como "los hombres hechos a la ligera"».

La explicación evidente es que el cambio de comportamiento del ser amado es intolerable, y su inconsistencia implica que el sujeto elige creer en dos personas diferentes en vez de en una sola persona que puede gratificar y frustrar a la vez, quizá, mediante sus ausencias y presencias alternadas. Esto evoca la pregunta infantil de cómo deben interpretarse los primeros ritmos de presencia y ausencia. Si muchos de los primeros estudios se centran en patrones de cuidado maternal, es este último problema, cómo interacciona el niño con los ritmos de presencia y ausencia, el que puede ayudarnos a dividir el campo clínico: en lugar de intentar combinar tipos de madre con tipos de paciente, podemos investigarlos distintos modos en los que un niño puede simbolizar, o no simbolizar, el deseo de la madre.

En los ejemplos de Capgras, más que verlos como la consecuencia de un cuidado maternal desigual, podemos presuponer una dificultad básica a la hora de establecer significado, y de ahí la función simbólica. Aquí hay una inversión del principio de Von Domaras: no es que dos sujetos se identifiquen sobre la base de un único atributo compartido, sino que la presencia de un conjunto idéntico de atributos implica que hay dos sujetos. Se parece, habla igual que ella, pero es una persona distinta. En vez de asumir que se trata de la misma madre que va y viene, se asume que se divide en dos. Gomo dijo uno de mis pacientes psicóticos: «Querido, la permanencia del objeto no es lo mío».

Las numerosas y magníficas descripciones de madres de

esquizofrénicos nos permiten discernir niveles de interacción complejos y a menudo casi invisibles entre madre e hijo, pero al final no existe un solo estilo de cuidado maternal que produzca esquizofrenia en lugar de paranoia. El hecho de que una madre ame a su hijo condicional o incondicionalmente, le confiera una misión o lo desatienda, le prive de su condición de persona o sólo vea en él el reflejo de su propia fantasía tendrá, sin duda, un impacto, pero no en el sentido de asegurar su futuro. El hecho de que la psicosis se divida en varios grupos no se debe a los distintos estilos de cuidado maternal, sino a los recursos que el niño tiene a su disposición en el mundo del significado.

* * *

Hemos visto anteriormente cómo el niño debe vincular la presencia y la ausencia de la madre con algo más allá de ella, a menudo, identificado con el padre. Este proceso implica que el niño ha registrado el ritmo de presencias y ausencias y, como sugiere Colette Soler, hay un grupo de psicosis que se basa en un problema con esta arcaica operación. Si no se han registrado la presencia y la ausencia, el niño puede, literalmente, no reaccionar en los momentos de bienvenida y despedida, como de hecho vemos que le sucede a algunos niños autistas. Actúan como si no hubiera pasado nada cuando alguien entra en la habitación o se marcha, como si no se hubiera simbolizado el ritmo de la presencia y la ausencia. Por eso, pueden quedarse absortos ante cualquier cosa que encarne esta alternancia básica —como que se encienda o se apague la luz—. Incapaces de interiorizar las oposiciones binarias más básicas que residen en el núcleo del orden simbólico, podríamos decir que sólo pueden acceder a ellas desde el exterior.

Es interesante observar cómo en algunas formas de «demencia» se regresa a este punto, en el que la persona se limita a preguntar sin cesar: «¿Cuándo volveré a verte?», como si todo su mundo se redujese a esta única pregunta básica. En otro ejemplo, un paciente dijo: «Era incapaz de pensar en mi madre cuando no estaba con ella». Si la presencia y la ausencia de su madre no se simbolizaban, su ausencia podría equivaler a su desaparición, y de ahí el terror que las ausencias de los padres producen en algunos niños psicóticos: es como si al marcharse la madre, dejara un agujero en su realidad, el niño no lo interpreta como una partida temporal. Como dijo un paciente esquizofrénico, aterrorizado porque me marchaba de vacaciones: «Desaparecerás en un agujero que, asimismo, desaparecerá, y habrás dejado de existir».

En otro caso, los padres de una paciente la dejaron con un familiar cuando tenía un año y medio para irse de viaje. Cuando regresaron, se negó a reconocerlos y, posteriormente fechó su «muerte» en ese momento. Sencillamente, dejaron de existir para ella, y cuando se marchó de casa no volvió a ponerse en contacto con ellos. Los días en los que yo no estaba disponible para verla o estaba de vacaciones le resultaban insoportables: cada partida era no sólo una traición, sino también una desaparición irreversible. En este grupo de psicosis, se trata más de un problema en el proceso de simbolizar a la madre, que da la etiología principal, que de un rechazo del padre.

No se ha simbolizado el registro de un lugar creado por las ausencias de la madre, por lo que el sujeto no tiene nada con lo que dar sentido a sus idas y venidas. Lo único que es capaz de registrar es el hecho de que «algo» ha cambiado para mal, y esto puede generar fenómenos como el síndrome de Capgras —en el que las idas y venidas de una persona se interpretan como las acciones de distintas personas— o la hipocondría, que es un modo, al fin y al cabo, de intentar expresar que las cosas son distintas, que se ha producido un cambio. El problema inicial para marcar el lugar de la madre es el motivo por el que, como hemos visto, es vital para el sujeto esquizofrénico construir una carencia en su mundo. La utilizan para poner distancia del Otro, que siempre está demasiado cerca de ellos, y encontrar un lugar seguro.

La distinción entre lo que el psicoanálisis llama «alienación» y «separación» nos resulta útil para formular la diferencia entre estas formas de psicosis. Nos alienamos en los significantes que vienen de nuestros padres, las ideas y fantasías con las que hemos nacido y que han conformado nuestros primeros años de vida. Adoptamos de ellos ciertos rasgos, aspiraciones y formas de ser. El lenguaje en sí mismo nos aliena, ya que debemos existir dentro de sus parámetros y estructuras. Pero también tenemos que separarnos de estos significantes, diferenciarnos de ellos, poner distancia, ya que de otro modo perteneceremos en cuerpo y alma al Otro. Los niños aprenden a hablar, como señaló en una ocasión Karl Popper, no cuando aprenden a proferir palabras, sino cuando aprenden a mentir: es decir, saber cosas y hacer cosas que el Otro desconoce. Este es un ejemplo del proceso de separación.

Sólo gracias a esta separación podemos incluirnos realmente en el lenguaje, en la cadena de ideas, ya que, de otro modo, seríamos meros títeres del discurso, incapaces de liberarnos de las palabras de los otros. Seríamos simples copias de las ideas y las imágenes que se nos imponen, y el Otro tendría un acceso directo a nuestro cuerpo y a nuestra mente. El último golpecito que le da el niño al tambor después de que los padres le hayan dicho que deje de tocarlo es una

metáfora de este proceso: ese último golpe es el acto que muestra que, incluso si va a seguir las normas, es porque lo decide él.

El grupo de psicosis asociado a la simbolización arcaica de las ausencias de la madre tiene un problema con la alienación: la persona no entra en la alienación inicial de la cadena de ideas del progenitor. Las palabras no parecen surtir efecto, lo que sugiere que hay un rechazo básico de lo que viene del Otro. La presencia y la ausencia no han sido simbolizadas. En dichos casos, a menudo observamos que la persona acumula o acapara, como si no pudiera separarse de ellos, pedazos de papel, latas o desechos cotidianos, que puede llegar a llevar en los bolsillos.

En el otro grupo de psicosis, por supuesto se da la alienación, pero no la separación, por lo que las palabras surten demasiado efecto. Es como si el sujeto fuera representado por todos los significantes, y no sólo por algunos de ellos. Como dijo John Custance: «No puedo mirar nada sin que me llegue alguna idea que me impulse a actuar». Las palabras le empujaban constantemente; al ver un tintero se generaba una imagen con las letras «taza llena de tinta» delante de él, y se veía obligado a ir al retrete, a la taza del váter. En una ocasión dije las palabras «pío pío» a un paciente y me quedé sorprendido al descubrir que había interpretado mis palabras como una orden para que entrara en Twitter, orden que obedeció inmediatamente. No existía una barrera entre la palabra y el efecto. Ésta es la obediencia automática que observamos en algunas formas de esquizofrenia. La persona está pegada al lenguaje, incapaz de crear una separación.

Esta incapacidad de separar en el nivel simbólico puede obligar al sujeto psicotico a intentar producir una separación en otro registro. Puede que haga cualquier esfuerzo para ubicarse, a veces de forma bastante literal: tocando objetos a su alrededor, dando patadas al suelo o autolesionándose, para asegurarse de que tiene un sitio, algo fijo que no puede proporcionarle su alienación sin restricciones en el lenguaje. Carecer de una posición en lo simbólico se traduce en que la persona puede ser propensa a vagar, a rondar por las calles, estaciones de tren y cocheras de vehículos públicos. Sin un punto de separación no tiene brújula, y tiene que encontrar su propio modo de ubicarse.

El suicidio es otro modo de crear una separación de la cadena de significado. Un paciente describió su intento de suicidio así: «De repente, se hizo el silencio, como antes de una bomba atómica, y ya me había tragado las pastillas». El acto de ingerirlas quedó totalmente suprimido de cualquier sentido subjetivo o volitivo: «Más o menos un minuto después, me sorprendí al ver las cajas vacías de las pastillas. Me di cuenta de que había tomado pastillas, suficientes para matarme. Y, después, no sentí, no pensé en nadie ni en nada, no sentí angustia». El acto suicida supuso una separación de la cadena de pensamiento,

evocado en este ejemplo no sólo por la ingestión de pastillas, sino por la curiosa localización del «silencio»: no estaba situado *después* de la bomba atómica, como habría sido de esperar, sino *antes,* como para señalar el eclipse de cualquier sentido de subjetividad, cualquier posesión de pensamiento. La separación forzada de un acto suicida, a menudo, parece la única alternativa para una persona que se siente totalmente a merced del Otro, bien completamente atrapada o, literalmente, abandonada.

La falta de distancia del Otro significa que todo puede volverse demasiado cercano, demasiado invasivo. «Cada palabra», continúa Custance, «casi cada letra de un periódico que miro por casualidad contiene algún terrible mensaje maligno». Sin medios para separarnos del Otro, nos quedamos pegados a sus significantes. Cada elemento de realidad se convierte en una señal que nos llama. En contraste, en las psicosis en las que no hay alienación, nada nos llama, no hay ningún signo que nos represente.

¿Cómo pueden darse estas extrañas relaciones con el lenguaje y el mundo de los signos? ¿Cuáles serían las causas de estas posiciones diferentes? Ahora tenemos que analizar el impacto del lenguaje en el niño con más detalle, y los modos en los que esto puede afectar la experiencia del sujeto psicotico.

Los primeros estudios occidentales acerca de las interacciones madre-hijo tendían a atribuir poca subjetividad al recién nacido, aparte de su deseo de ser alimentado. Incluso se suponía que reconocer y diferenciar a la madre de los demás era algo que ocurría tiempo después del nacimiento. Pero estudios más detallados comenzaron a mostrar que existían complejas transacciones entre el niño y la madre ya *in útero,* principalmente relacionadas con los ciclos de actividad.

Hubo un tiempo en el que se creía que los niños sólo oían bien varios meses después del nacimiento, pero nuevos estudios demostraron que un feto puede discernir sonidos ya en el cuarto mes de gestación. Después de que la madre hablase o cantase, por ejemplo, se producían ciertos movimientos en el feto, que cesaban cuando la madre continuaba. Estos estudios mostraban que la madre y el niño se relacionaban en ciclos interactivos de actividad: cada parte daba a la otra un lugar, en una especie de alternancia básica.

Aunque el significado que se le puede dar a estos ciclos es dudoso, el factor esencial es el tiempo de los turnos. Después de cada aportación, cada participante se retira para dejar responder al otro. Esta alternancia básica puede considerarse como la estructura fundamental del diálogo humano, que prepara el camino del habla. En este campo, había una divergencia significativa en las investigaciones occidentales y orientales. Mientras que los psicólogos occidentales

tendían a considerar la capacidad del habla como el potencial innato de expresar los propios pensamientos, activado por el entorno de la persona, la tradición rusa consideraba el pensamiento como algo importado: interiorizamos el diálogo de nuestro entorno, lo que nos permite establecer la estructura del pensamiento. Los pensamientos, en este modelo, vienen primero desde el exterior y adoptan la forma de un diálogo, de hecho, justo lo que algunos sujetos psicóticos nos cuentan sobre su experiencia.

La implicación de dichos estudios era que el pensamiento y el habla siempre están, de algún modo, conectados al diálogo o, al menos, a la idea del discurso de alguien. Incluso cuando un niño habla solo, sin que haya nadie más con él, siguen estando presentes algunos de los rasgos formales de diálogo. Esto quedó definitivamente demostrado al estudiar el balbuceo de los bebés y los niños mientras se quedan dormidos. El habla espontánea de los niños antes de dormir, sin duda, ha existido desde que existen los bebés, y es sorprendente que sólo comenzara a despertar el interés de los lingüistas durante los años sesenta. El innovador estudio lo condujo Ruth Weir, en 1963, con su hijo de dos años y medio, Anthony, como sujeto, y se publicó con una introducción del lingüista Román Jakobson. Weir colocó una grabadora al lado de la cama del pequeño Anthony y llevó a cabo un análisis lingüístico de los datos recogidos en un período de varios meses. Sus resultados fueron sorprendentes.

AI escuchar el balbuceo de su hijo en la cuna, al principio se dio cuenta de algo que confirmaron los estudios posteriores: la frecuencia de los imperativos en el habla del niño. Solo en su cama, se daba órdenes a sí mismo, y esta presencia de «otro» discurso dentro del suyo se repitió a lo largo de las grabaciones. En ocasiones, dichos imperativos podían considerarse declarativos, como en frases como: «Salta encima de la manta amarilla» o «Come mucho», y las dudas de Weir sobre cómo clasificar estos ejemplos son instructivas. Muestran, quizá, cómo lo que acaba siendo declarativo tiene su origen en un imperativo, es decir, en un discurso que viene del Otro y se dirige al sujeto.

El lingüista Paul Guillaume sostenía que los nombres adecuados no son sólo designaciones estrictas de objetos, sino llamadas que contienen el significado emocional que la persona tiene hacia el niño, así que las formas lingüísticas no pueden catalogarse en términos de categorías gramaticales adultas. «Mamá» y «Papá», por ejemplo, no son tanto nombres, como imperativos, participantes lingüísticos en una acción concreta. Todo el discurso puede tener esta raíz imperativa, y es interesante recordar que los lingüistas una vez se preguntaron si el imperativo fue el primer modo del habla humana.

Mientras Weir estudiaba los soliloquios nocturnos de su hijo, llegó

a otra importante conclusión: que estos monólogos aparentes no eran monólogos, sino diálogos. Anthony producía lo que ella llamó «un diálogo mantenido por una sola persona». Era como si Anthony estuviera siempre *dirigiéndose a sí mismo,* y el rato antes de dormir era un momento especial para hacerlo. Mientras que más o menos ignoraba a su pequeño peluche «Bobo» durante el día y no lo echaba especialmente de menos si se lo dejaba en algún sitio, a la hora de dormir, Bobo se convertía en su interlocutor de cuna, el oyente de numerosas órdenes y peticiones. El hecho de que estos diálogos tuvieran lugar en las fronteras del sueño sugiere que éste es un momento privilegiado para interiorizar el habla. Posteriores investigadores han realizado hallazgos similares, pero, antes de intentar darle sentido a los resultados de Weir, podemos comentar otro tema relacionado con los estudios del lenguaje de los niños.

Si bien el pequeño Anthony estaba especialmente interesado en tener interlocutores, las madres pasan un alto porcentaje de su tiempo dialogando con sus bebés, que no están en posición de responderles directamente. Estudios multiculturales muestran que alrededor del 70% de lo que las madres dicen a sus bebés son formas interrogativas: «¿Tienes hambre?», «¿Quieres beber algo?», «¿Tienes calor?». El misterio no reside tanto en la frecuencia de estas formas sintácticas, sino en el hecho de que no se reflejan en el habla posterior de los propios niños. No se ha demostrado que exista una correlación entre la frecuencia de las formas interrogativas en el habla maternal y en la de los niños. De hecho, el característico orden invertido de las formas interrogativas en algunas lenguas no está casi nunca presente en las primeras producciones lingüísticas de hablantes nativos.

Esto es sorprendente, si consideramos lo que sabemos sobre patrones miméticos, y es interesante cómo los investigadores han descubierto no sólo que los niños tienden a imitar el habla materna, sino que también imitan más cuando la madre *los imita.* Se estableció una correlación entre la frecuencia relativa con la que los niños imitan el habla de sus madres y la frecuencia relativa con la que las madres imitan el habla de sus hijos. Resultó que los niños eran más propensos a imitar las imitaciones maternas que el resto del discurso. Mostró cómo los niños no sólo aprenden *imitando* a sus madres, sino que aprenden, en cierto sentido, el proceso de imitación mismo.

La frecuencia de estas formas interrogativas en el «lenguaje infantil» usado por las madres, sugiere que el bebé, aunque no sea capaz de hablar, goza de un espacio potencial dentro del mundo lingüístico de la madre. Incluso si son incapaces de responder con palabras, los niños tienen la *posibilidad de responder,* mediante un gesto, un grito, y, posteriormente, cuando el niño crece y aprende los códigos lingüísticos de la madre, mediante palabras. Pero en los

primeros meses, la función de las preguntas maternas debe ser la de preparar un lugar en el discurso para que nazca el sujeto hablante. Las formas interrogativas del discurso materno no sólo crean un contexto en el que el balbuceo cobra sentido, sino que proporcionan un espacio al sujeto. De ningún modo es algo dado: pensemos en las situaciones en las que la persona que cuida al niño no le hace ninguna pregunta, sino que, al contrario, le *dice* al niño que tiene calor, que tiene frío, que tiene hambre o que tiene sed. El progenitor, en este caso, lo sabe todo, y puede intentar convencer al niño de que no disfruta de una subjetividad separada. Esto no deja lugar para que emerja el yo. El niño es, simplemente, un objeto para el Otro.

Las formas interrogativas en el discurso materno también pueden vincularse a los extraños fenómenos lingüísticos que se producen en los límites del sueño. Las palabras que escuchamos en los estados hipnagógicos e hipnopómpicos fueron, en su momento, tema de interés para la psiquiatría, y a Kraepelin le intrigaron especialmente. En los estados intermedios entre el sueño y la vigilia, a menudo, parece que los fragmentos lingüísticos necesiten completarse o ampliarse. La mayoría de las personas, probablemente, lo han experimentado al despertarse: o recuerdan un fragmento verbal que no comprenden, pero que parece importante, o saben que han resuelto algún misterio o enigma mientras dormían, pero no recuerdan cómo lo han hecho. Es como la famosa prueba de existencia de Dios de Bertrand Russell: sabía que lo había logrado y lanzó al aire su lata de tabaco para celebrarlo, pero, trágicamente, lo único que recordaba después era la imagen de haber lanzado la lata.

Incapaz de reconstruir la prueba, su único legado fue esta imagen y la sensación de estar seguro de que había resuelto algo. Asimismo, cuando tenemos la sensación de haber resuelto algún problema o enigma crucial mientras dormíamos, normalmente, lo único que nos queda es la impresión y, quizá, algún fragmento de una frase, pero no la solución. ¿Por qué entonces este extraño empeño de pedazos incompletos de lenguaje acompañados de la sensación de que hay que completarlos o de que son importantes y nos conciernen?

La respuesta nos obliga a extender el modelo clásico de lenguaje. A pesar de las muchas vicisitudes a lo largo del siglo xx, la mayoría de los lingüistas han seguido siendo fieles al modelo de lenguaje dominante durante el siglo xix, que incluía tres funciones principales: la referencial, la emotiva y la conativa. La referencial trata los aspectos del lenguaje que denotan y connotan, y cómo se relaciona éste con los objetos; la emotiva trata la relación del hablante con las palabras, que expresan su actitud; la conativa trata la relación con el receptor, mediante preguntas u órdenes. Y esto nos lleva al punto crucial: todas estas perspectivas sobre el lenguaje exploran la relación

con el receptor, pero lo que no hacen es estudiar *la experiencia de ser el receptor*. Y, ¿acaso no indican precisamente los contornos de esta función del lenguaje las experiencias del niño cuando se dirigen a él, o las del adulto al borde del sueño?

Para un niño, ser el receptor es algo esencial y también algo problemático por dos sencillas razones: la primera, que el significado de la interpelación del adulto será inicialmente enigmática y, la segundo, que el niño no cuenta con una defensa inmediata contra ella. Casi todas las otras interacciones con el adulto pueden ser sujeto de algún tipo de objeción, de demostración de la subjetividad de uno. El niño puede rebatir lo que el adulto le ofrece o le exige. Puede negarse a comer, beber, ir al baño, etc., pero no puede negarse tan fácilmente a ser el receptor del Otro. No debemos considerar este hecho como un detalle trivial y subestimar su importancia como una función central del lenguaje y la experiencia del niño. El hecho mismo de que no pueda defenderse le otorga un potencial persecutorio.

Aquí surge una analogía con la mirada, que es, quizá, la otra forma de presencia adulta de la que uno no se puede defender. Los niños pueden negarse a seguir la mirada del adulto, pueden cerrar los ojos cuando deberían tenerlos abiertos, pero no pueden impedir que los miren. De aquí puede que surja el motivo por el que los niños a veces fantasean con que, al cerrar los ojos, se vuelven invisibles para los demás. La mirada del Otro y el hecho de ser el receptor de un mensaje comparten esta característica de ser experiencias impuestas desde «el exterior» que conciernen al niño directamente, pero de las que no puede defenderse. En estos estados, nos encontramos en la posición del objeto y no del sujeto del otro. Y, por varias razones, la mirada y la voz pueden resultar invasivas y amenazadoras.

Podemos establecer otra analogía más. ¿Cómo se defiende el niño de la mirada del Otro? Una solución, descrita por Lacan, es la producción de pantallas, que funcionan para distraer al otro. Se llama la atención sobre alguna imagen o pantalla que el sujeto manipula para hacer que no lo miren. Se trata del principio del amuleto, un objeto que se guarda cerca del cuerpo para alejar el mal de ojo y garantizar que uno está protegido. Entonces, se produce una división entre la mirada del otro y la pantalla que ofrece el sujeto. ¿Acaso no podemos encontrar una separación similar en el campo del sonido? Si el sujeto tiene que defenderse de la experiencia de ser el receptor, ¿no tiene la producción de sonido la misma función de pantalla que en el campo de la visión puede adoptar, por ejemplo, una pintura?

El ejemplo más básico puede ser el grito de un niño: no el grito que expresa dolor o necesidad, sino el que ahoga las interpelaciones del Otro, el que hace muy difícil, en ocasiones, que el Otro pueda seguir hablando. Schreber describe esta experiencia con mucha

claridad. A veces «bramaba», especialmente por la noche «cuando otras medidas defensivas, como hablar alto, tocar el piano, etc., no son viables. En estas circunstancias, bramar tiene la ventaja de ahogar con su sonido las voces que hablan en mi cabeza». Es la misma acción que realizan muchas personas que viven a las afueras cuando van de camino al trabajo. Al escuchar música en el iPod, no sólo ahogan los sonidos del metro o del autobús, sino también los pensamientos intrusivos que les molestan, ya tengan forma de voces o no. Casi todos mis pacientes que oyen voces utilizan un iPod o auriculares con esta intención.

Con objeto de defenderse de la invasión de la voz de su madre —y, por extensión, de toda la lengua inglesa— Louis Wolf son se tapaba todos los orificios del cuerpo. Escuchaba retransmisiones internacionales todo el día por un transistor tamaño bolsillo y llevaba siempre con él libros en francés y alemán. Le afectaba incluso a la hora de comer, puesto que no podía soportar ver palabras en inglés en los paquetes y latas que había en la cocina de su madre: los cogía con los ojos medio cerrados. Cada frase y cada palabra eran como una interposición espantosa, como si su madre estuviera intentando «inyectársela».

Si el niño al principio es incapaz de defenderse de la experiencia de ser el receptor de un mensaje mediante una negativa, ¿qué otras posibilidades tiene, además de taparse los oídos? Puede que haya formas más sutiles, menos evidentes, de negarse. Una opción es actuar como si, en realidad, no fuera ese adulto el que se dirige a él, sino otra cosa, y desviar la atención hacia otro lugar. o, sencillamente, actuar como si no se dirigieran a él, una estrategia que los niños conocen bien. En estos momentos, se invoca a menudo el registro visual, y el niño mira un espejo o una superficie reflectante y, en algunos casos, literalmente no aparta los ojos de su reflejo.

Una madre describió cómo su hijo adolescente miraba su reflejo y, si ella hablaba o lo llamaba mientras él se estaba mirando, no escuchaba. Invertir esta lógica, sin embargo, aclara su situación: no era tanto que no escuchase porque se miraba, sino que mirarse era una huida de la dimensión persecutoria e invasiva de la voz de su madre. Debemos recordar que estas opciones no evitan que los niños sean receptores del mensaje, pero constituyen formas de respuesta. Si alguien se niega a escuchar, significa que ha oído perfectamente lo que se espera de ellos. Además, existe otra opción que trataremos más adelante.

Es interesante continuar con la analogía de la mirada un poco más. ¿Cómo se gestiona la dimensión invasiva de la mirada del Otro? ¿Por qué no invocar aquí los numerosos juegos tipo cucútras a los que juegan las madres y los niños, juegos que conllevan un ritmo de

presencias y ausencias? Uno podría sostener que la función de estos juegos es la de vincular la mirada del Otro a una estructura, un ritual de presencia y ausencia en el que el rasgo cardinal es que la mirada *no siempre está ahí.* Se usa un juego para «socializar» y contener una presencia amenazante. El aspecto invasivo de la mirada del Otro se reprime, se elimina del espacio que habitamos para constituir nuestra realidad. ¿Y no existe algo parecido que opere en la experiencia de que se dirijan a uno?, ¿no tiene el habla espontánea del bebé en la cuna estudiado por Weir y otros exactamente esta función? En lugar de tomar su interpretación del habla espontánea del bebé en la cuna como un ejercicio temprano de aprendizaje de la lengua, podemos considerarlo como una especie de método de incorporación destinado a aliviar la ansiedad. Al generar un diálogo él mismo, ¿no consigue el niño modular la experiencia de que se dirijan a él? Ahora es el que organiza, dirigiéndose a otros *en Jugar de ser el único al que se dirigen.*

Al igual que los juegos como cucútras vinculan la experiencia intrusiva de ser observado a un ritmo y una estructura, el habla espontánea del bebé en la cuna cumple la misma función respecto a la experiencia de ser el receptor de un mensaje. Ajusta la función del receptor, ¿acaso no cumplen esta misma labor otros juegos de niños? Varios de estos juegos, al finy al cabo, requieren que un jugador asuma un rol distinto del resto de jugadores —por ejemplo, siendo él el que las «objeto»—, mientras que los otros jugadores se resisten a que les asignen ese rol. De hecho, las estrategias para que se les deje de designar como el «objeto», como construcciones verbales cada vez más complejas que obstaculicen las posibilidades de un resultado predeterminado, se vuelven partes intrínsecas del juego o, incluso, el juego en sí mismo. Uno también podría evocar los juegos de la infancia tipo: «¿a qué no te atreves a...?», en los que, en realidad, nadie gana, y es más una cuestión de hacer básicamente lo que otro te dice que hagas o, lo que es más importante, intentar no hacerlo. Finalmente, podemos pensar en la multitud de juegos en los que se elige a un niño o éste se presenta voluntario para tocar a una puerta y salir corriendo. Lo que conecta todos estos ejemplos son las distintas relaciones que el sujeto tiene con la experiencia de ser el receptor. Y, en estos juegos, se juega con esta experiencia, se modula, se incorpora a una estructura. Ser el receptor del mensaje se convierte en una variable en estos juegos de interpelación, así que uno ya no es simplemente el objeto del discurso de otro. Hay formas de evitar esta posición y de jugar con ella.

Una vez que aislamos tanto la función lingüística de interpelación y la experiencia del receptor como su consecuencia, se despeja una amplia gama de fenómenos. Las peculiaridades lingüísticas que observamos en los límites del sueño está claro que suponen una

separación de esta función. Tenemos la experiencia de palabras o frases que nos interpelan, incluso si su significado es opaco, y la sensación esporádica de «respeto» que Otto Isakower observó en su estudio de los fenómenos hipnagógicos es una señal de la participación subjetiva. Cuando nos preparamos para dormir, esta función se puede modular, como lo que ocurre con el habla espontánea del bebé en la cuna, mientras que cuando dormimos no nos molesta demasiado, hasta que resurge de nuevo a la hora de despertarnos, quizá, incluso jugando un papel en el hecho de despertarnos. Esto apoya la opinión, bastante extremista, de Freud de que el hecho de dormir no ocurre pasivamente, sino activamente. No nos quedamos dormidos: nos *obligamos* a dormir.

Ahora estamos en una posición mejor para comprender por qué la mirada y la voz están tan presentes y son perseguidoras en la psicosis. Más que estar reprimidas y atadas a una estructura, surgen invasivas, amenazantes y sin mediación. El sujeto siente que lo observan, lo espían, le hablan, se dirigen a él. El mundo entero, en algunos casos, lo observa y le habla. Si no se han extraído la dimensión invasiva de la voz y la mirada, puede que el sujeto psicótico tenga que recurrir a la violencia para eliminarlas de su entorno y, de hecho, muchos actos psicóticos pretenden desarmar una mirada o una voz que se entromete de un modo que al sujeto le resulta insoportable.

Recordemos el tristemente célebre crimen de las hermanas Papin, las dos empleadas domésticas que, cuando la amenaza persecutoria de sus empleadores pareció alcanzar su cénit, arrancaron los ojos a sus torturadores con sus propias manos antes de asesinarlos. Aunque casos extremos como éste son poco comunes, es bastante habitual que, al deteriorar a propósito las pinturas o esculturas de las galerías de arte y los museos, el primer objetivo sea, casi siempre, los ojos de la persona representada. De manera similar, entre las agresiones a personajes públicos aparentemente sin motivo, a menudo resulta que el famoso presenta un programa de radio o televisión. En todos estos casos, el sujeto trata desesperadamente de debilitar o desarmar lo que le atormenta: una voz o una mirada que siente que está dirigida a él.

Esta función lingüística de interpelación funciona aquí en estado puro: es la experiencia de ser el receptor de un mensaje, aislada de cualquier modalidad sensorial y de campo semántico en particular, que se siente como una orden que exige obediencia o convicción. Como dijo uno de mis pacientes, «hasta las descripciones me parecen acusaciones». O, como escribe Schreber: «Sentía un golpe en la cabeza con cada palabra que me decían, con cada paso que daban hacia mí, con cada silbido del tren». El sujeto tiene la sensación de que alguien o algo lo llama, se dirige a él, lo invade.

* * *

Esta función de ser el receptor de un mensaje comienza mediante la experiencia de recibir un mensaje, pero, posteriormente, puede resurgir en cualquier registro sensorial, incluyendo la visión, el tacto o el olfato. Como hemos observado anteriormente, bajo ciertas condiciones —fatiga intensa, drogas, privación sensorial—, cualquiera puede sufrir alucinaciones, pero para que puedan considerarse un fenómeno psicótico, las alucinaciones deben tener un significado para la persona: ésta tiene que interpretarlas como una señal dirigida a ella, incluso si no tiene ni idea de qué intenta comunicarle. Las alucinaciones visuales pueden ser un vehículo de la estructura lingüística que estamos comentando: a través de la mirada de otros, la persona se siente como si fuera el objetivo. Es esta función del receptor del lenguaje, experimentada por el sujeto, la que establece que una alucinación sea real.

La alucinación es, de hecho, el lugar en el que la función del receptor aparece en su forma más pura y, en general, al principio de la psicosis, de manera flagrante o discreta. Podemos distinguir entre las alucinaciones *sobre* el sujeto y las que están dirigidas *al* sujeto? en las primeras, puede que una voz describa las acciones que lleva a cabo constantemente («ahora se viste, ahora se va a trabajar...»), mientras que, en las segundas, por lo general hay obscenidades y acusaciones sexuales, y a menudo incluyen términos peyorativos asociados a las mujeres («¡Puta!», «¡Zorra!», etc.). También hay alucinaciones que dan instrucciones a la persona, diciéndole que lleve a cabo ciertas tareas, desde un acto homicida a cosas cotidianas y banales, como estar de pie o lavarse los dientes. Los actos torpes y lentos de un paciente pueden malinterpretarse como una señal de deterioro cerebral, cuando, en realidad, son consecuencia de tener que escuchar las instrucciones necesarias para dar cada paso de la vida cotidiana. Estas tres formas de alucinación corresponden a tres modos de dirigirse a alguien, como si las voces se hubieran convertido en funciones interpelativas del lenguaje.

Una alucinación verbal, como señaló Lacan, no se limita a un sentido particular: no tiene que adoptar una forma acústica, sino que puede utilizar cualquier modalidad sensorial. Lo que importa es la cuestión de la atribución: ¿percibe que se dirigen a él? El amplio espectro de esta definición justifica la gran variedad de manifestaciones clínicas. Un paciente explica cómo le llegan palabras de la tercera cama a la izquierda, que se le quedan grabadas en el estómago. Otro cuenta que oye «palabras mudas». Otro dice: «oigo una voz en mi mente, pero no en mis oídos; una voz distante». Otro comenta sobre las voces: «no las oigo, las siento hablar». Bleuler dice

que sus pacientes evocan «voces sin sonido». Como dijo uno de ellos: «No las oigo en mis orejas. Las siento en mi pecho. Pero, aun así, parece como si oyera un sonido». Para otro: «Dios me habla todo el tiempo; no hace ruido, es como un pensamiento». Lo que no cambia, sin embargo, es la experiencia de que se dirigen a uno, independientemente de los canales a través de los que ocurre.

Separar la alucinación de las modalidades sensoriales específicas fue una consecuencia del modelo de lenguaje de Lacan. El lenguaje es una estructura que opera y que tiene impacto a todos los niveles de la percepción sensorial. De ahí se deduce que si una de las propiedades de la cadena de significado es la función del receptor, puede regresar en cualquier modalidad. Por ejemplo, puede surgir del silencio, a través de la visión o mediante el tacto o el olfato. Hay muchas situaciones en las que tenemos la sensación de ser interpelados incluso en silencio, y, por tanto, es una cuestión no de identificar las voces con el sonido, sino de encontrar los efectos de las voces en el campo del sonido, como nos enseñan muchos sujetos psicóticos. El modo en que una persona enfatiza su discurso, su ritmo y su estilo verbal nos dará pistas sobre cómo incorpora la función del receptor.

El modo en que se enfatiza el discurso siempre lleva implícitas una ubicación y una suposición de la presencia del oyente, y, más generalmente, de la suposición de ser el receptor de un mensaje. Así, una persona puede organizar su discurso para eliminar cualquier posibilidad de ser el receptor o, al contrario, para invitar al otro a que se dirija a ella. Podemos observar cómo el uso de conectores siempre pone de relieve la presencia de este aspecto del Otro: el hecho de que los niños empiecen a usar términos como «y» o «pero», señala la supuesta presencia o la intrusión de otro hablante. ¿Acaso no tenía razón Charles Sanders Peirce cuando sugirió que el pensamiento siempre adopta la forma de un diálogo, seamos o no conscientes?

Si volvemos a la visión, encontramos más ejemplos de esta función. La película *Ring* cuenta la historia de una cinta de vídeo que, de un modo extraño, se dirige a los que la ven, enviándoles un mensaje letal. En este caso, el campo visual llama al sujeto, que intenta desesperada e inútilmente evitar ser el receptor. De modo similar, en el fenómeno de la muerte por vudú, el pedacito de materia simbólica, ya sea una muñeca o un mechón de pelo, tiene efectos catastróficos en la persona que lo encuentra. El objeto aquí, aunque presentado visualmente, es una concentración de la función del receptor, es pura interpelación, un vector que designa al que lo encuentra. Más allá de lo visual, llama al sujeto, y, de ahí, sus espantosas consecuencias. La función lingüística opera aquí mediante la visión.

El lenguaje en sí mismo siempre contiene esta potencialidad, y

puede regresar en forma de murmullos, voces, susurros, zumbidos, comentarios verbales y los demás fenómenos que describen los psicóticos. Obviamente, ahora debemos responder a la pregunta sobre por qué esta función interpelativa del lenguaje no está presente siempre. Al fin y al cabo, es nuestra experiencia más básica del habla en la infancia, pero, como hemos visto, puede ser mediada y reprimida si se entrelaza en las estructuras simbólicas básicas de la presencia y la ausencia o si, a otro nivel, se gestiona en el proceso de la metáfora paterna. ¿Qué cometido tiene si no es fundamentalmente el de reasignar la función del receptor? Los intereses de la madre ya no se dirigen sólo al niño, sino que se registran como si se dirigieran a alguien o algo distinto, más allá de ella y del niño. Esto desplaza el vector interpelativo. Sin esta operación, quedamos expuestos al vector.

La metáfora paterna establece una significación clave, precisando la esfera de los significados. Si no se produce, el significante y el significado pueden, en determinados momentos, empezar a desvincularse. Si la inscripción del tercero otorga un significado al deseo de la madre en el inconsciente, la forclusión implica que este deseo no puede simbolizarse y, por tanto, el discurso del Otro no se sitúa en el inconsciente: puede hablar a la persona todo el tiempo, no necesariamente a través de un sujeto, sino simplemente del «campo mismo de la percepción».

En determinados momentos que estudiaremos en el siguiente capítulo, el mundo no sólo empieza a hablar, sino que habla a la persona. Bleuler describió a un paciente que oyó a un vaso de leche decir su nombre, y al que, posteriormente, le hablaron los muebles. En algunos casos, se trata sólo de una interpelación corta y discreta, pero, en otros, puede llegar a convertirse en una cacofonía insoportable. Como me explicó un joven al hablarme de un intento de suicidio previo: «El ruido era insoportable. Todo era un mensaje, todos los anuncios, los pedazos de canciones en las tiendas o en la calle. Era demasiado. Tenía que encontrar una salida».

Volvamos a la cuestión que nos planteamos antes sobre las posibilidades de respuesta a la experiencia de que se dirijan a uno. Describimos dos de ellos: actuar como si alguien o algo se dirigiera a uno y, simplemente, fingir que nadie se dirige a nosotros. Pero, ¿por qué no plantear la hipótesis de una tercera opción, una que consistiría en rechazar esta función lingüística por completo? El lenguaje menos la función interpelativa, menos la experiencia de que se dirijan a uno. ¿No es éste el cuadro clínico que observamos en algunos estados autistas?

Si bien hacia el final de su tratamiento Joey era capaz de decir «yo» y nombrar a algunos de los niños y a su terapeuta, nunca usaba

nombres o pronombres personales al dirigirse directamente a alguien o algo, sino que usaba la tercera persona indirecta. Kleist distinguió las que él denominó «psicosis de referencia», «alienación» o «despersonalización», es decir, aquellas en las que se alude a uno y aquellas en las que todo parece remoto y aislado, ajeno y desconectado. En estos últimos estados, el propio cuerpo parece muerto y los propios pensamientos, los movimientos y el habla parecen no guardar relación con la persona. Aunque no estemos de acuerdo con sus explicaciones, la idea de que hay un grupo de psicosis que se basa en la falta de autorreferencia encuentra eco en nuestro argumento. Pero más que verlo como algo dado, lo entenderemos como algo que conlleva un rechazo de la función interpelativa del lenguaje, para proteger la seguridad del sujeto.

¿Y no tendría esto ciertas consecuencias clínicas? En un nivel más inmediato, podría proporcionar una explicación para lo que la mayoría de las personas que trabajan con autistas saben—es decir, que es mejor dirigirte a ellos directamente—. Y, segundo, que *cualquier* palabra puede, potencialmente, percibirse como invasiva. Simples preguntas pueden interpretarse como ataques e intrusiones. Esto significa que no hay que echarle la culpa a la semántica y que no es con la semántica como uno hace progresos. El problema aquí radica en la experiencia de que se dirijan a uno y, por lo tanto, es previo a cualquier cuestión sobre significado. Si la interpelación va a tener un papel, éste será mediante la modulación más que a través del ejercicio directo.

Hay un ejemplo de esto en las *Memorias* de Schreber. Al diferenciar entre un Dios Inferior y un Dios Superior, comenta que el primero, a menudo, era más amable y que el segundo era más hostil. Ambos le atacaban con voces, con frecuencia ofensivas e insultantes, pero algunas de las comunicaciones del Dios Inferior «se dirigían en parte a mí personalmente, así como —podríamos decir que a través de mi cabeza—, a su colega, el Dios Superior». La función del receptor, por tanto, se estaba ajustando: aunque hablaba a través de él, las voces de hecho se dirigían a otra persona, y podemos conjeturar que este mismo rasgo contribuyó a la naturaleza benigna del Dios Inferior. El mismo Schreber ya no era el único objeto de las voces.

La extraña dinámica de los nervios y rayos de Schreber ilustra el mismo proceso. Su posición en relación con los rayos divinos, al principio, era de bastante indefensión: como la mirada y la voz del Otro, nada podía evitar que llegaran a él. Pero conforme su delirio se fue desarrollando, comenzó a sopesarla cuestión de qué pensarían los rayos de los nervios. Por lo tanto, los rayos no le señalaban como su único objeto, puesto que parte de su concentración se dirigía a los nervios. Mediante esta triangulación, volvía a ajustarse la función del

receptor.

Esta transformación de la función del receptor puede arrojar luz sobre la urgencia que sienten algunos sujetos psicóticos de transmitir un mensaje: tienen la misión de educar, de propagar conocimientos, de enseñar, de revelar. Más allá de la cuestión de intentar resolver la tara del mundo, ¿no hay también un esfuerzo de pasar a otros la experiencia de ser el receptor? El sujeto ya no es el único destinatario, y debe hacer que los demás también lo escuchen.

Uno de mis pacientes estaba aterrado a causa de unas alucinaciones auditivas que le ordenaban matarse o insultarse. Escuchar su iPod durante casi todo el día todos los días no era suficiente para ahuyentar las voces, pero fue capaz de dar con una solución para esta sensación persecutoria. Acordamos que, cuando oyera una de las voces, me enviaría un mensaje con las palabras pronunciadas. Esto significaba que yo recibía con regularidad insultos, obscenidades y órdenes, y, sin embargo, mediante este proceso las voces le parecían menos invasivas.

En efecto, al enviarme esos mensajes había creado un circuito a partir de la experiencia inicial de que se dirigieran a él. El vector se había extendido, pasando a mí y, por tanto, protegiéndolo de estar en el lugar exclusivo del receptor. De algún modo, esta práctica era como una extensión de algunos de los juegos infantiles de los que hemos hablado anteriormente, y tuvo un impacto significativo para mi paciente.

Pero, ¿cómo y por qué empezaron las voces? Si en este capítulo hemos visto las condiciones que establecen los fundamentos de la psicosis, ahora debemos volver a la cuestión de qué desencadena la psicosis. Aunque mucha gente —quizá la mayoría— pasa por la vida con una estructura psicótica sin que ésta se active, ¿cuáles son los factores que pueden catapultar la locura silenciosa y cotidiana hasta su versión paralela visible y dramática?

7. EL DESENCADENAMIENTO

En el momento en que sus pies tocaron el suelo después de haber saltado en paracaídas por primera vez, la psicosis se desencadenó en un hombre de veintitrés años: «Soy Dios», dijo. Veinte años antes había conocido a su padre, después de que éste saliera de la cárcel. «¿Quién es?», le preguntó a su madre. «Es tu padre», dijo ella, «Los padres no caen del cielo».

Muchos sujetos psicóticos nunca experimentarán el desencadenamiento de la psicosis. La vida sencillamente seguirá, y no llegará el momento del colapso o la desintegración. Pero, en algunos casos, la psicosis estalla de un modo aterrador y, al principio, catastrófico. Ayudar a la persona a superar este difícil período puede desviar la atención de la tarea de reconstruir la secuencia exacta de acontecimientos que han llevado a su desencadenamiento. Pero, un estudio minucioso de los detalles de esta cronología es, en sí mismo, terapéutico y nos da información muy valiosa, no sólo de por qué la persona se volvió loca, sino también de qué es lo que hasta ese momento había evitado que se volviera loca. Y esto puede ser crucial al trazar las estrategias terapéuticas para el tratamiento.

Siempre es provechoso prestar atención a estas secuencias iniciales, incluso si pueden pasar meses e incluso años hasta que los detalles relevantes salgan a la luz. Cuanto más exploramos los momentos de cristalización y estallido de la psicosis, mejor entendemos lo que es. Más allá de los fenómenos llamativos y visibles, como las alucinaciones o los delirios manifiestos, subyace un desarrollo lógico en el que hay que indagar en cada caso particular. En su clásico estudio de la esquizofrenia, Bleuler observó que, incluso si el curso típico de la psicosis no existe, planear una secuencia paradigmática permitía que se abrieran nuevas perspectivas. Incluso si todos los casos no cumplen el paradigma, hacerlo nos animará a hacer preguntas sobre los puntos de convergencia y divergencia con la secuencia que esperamos.

El desencadenamiento de la psicosis tiende a pasar por una serie de etapas. Primero, el sujeto tiene la sensación de que las cosas han cambiado. Puede describirse como una vaga sensación de que algo va mal o es diferente. La persona no puede decir exactamente de qué se trata. Se siente preocupada, desconcertada o desorientada. Alguna que otra vez, puede sentirse inexplicablemente alegre o satisfecha. Hay una sensación de que las cosas a su alrededor tienen sentido, como si

de alguna manera fuera consciente de que las cosas son importantes, pero no de un modo preciso. La psiquiatría clásica ofrecía buenos ejemplos de estos estados, a los que el individuo sólo puede llegar tras dialogar en profundidad durante un tiempo. Puede que las experiencias invasivas que ocurren más tarde hagan más difícil que la persona recuerde lo que ocurrió en las primeras fases, que puede ser calificado sencillamente como algo que provocó una sensación de desconcierto o misterio.

Puede que en este momento se produzca un cierto retraimiento con respecto a las relaciones sociales, acompañado de problemas de sueño o ideas hipocondríacas. La persona se preocupa, en algunos casos, incapaz de concentrarse en las cosas que normalmente le interesan. La sensación que había tenido de que las cosas tienen sentido, puede sufrir una inflexión sutil o bastante directa. Los significados que percibe se dirigen a ella, aunque no está claro cómo o de qué modo. Hay una sensación de «significación personal» en estos significados, diferente de la continuidad de su experiencia previa. El coche que pasa, el cambio de clima o el artículo en el periódico le señalan de algún modo. Las señales cotidianas empiezan a hacer alusión a la persona, y estas ideas de referencia pueden llegar a cobrar impulso. Como dijo un sujeto psicotico: «Todo significa "algo"». El mundo ha cambiado, es diferente, tiene un significado, una necesidad, pero el sentido real todavía no está claro. La sensación que prevalece es la de perplejidad, pero con la sensación de que los cambios del mundo *tienen que ver con uno*. La persona puede empezar a preocuparse por determinadas palabras o frases, como si éstas tuvieran un peso excesivo, incluso si el significado es opaco.

El desasosiego hipocondríaco que a menudo aparece en este momento puede resultar difícil de describir. La persona dice que algo va mal, que se han producido cambios en su cuerpo, y puede que busque a un médico que le ayude a explicarlo. En contraste con las preocupaciones acerca del cuerpo que pueden surgir en estados ulteriores de la psicosis, no se trata de una única queja fija, sino más bien de un abanico de preocupaciones cambiantes. La persona puede pasarse horas buscando pistas en Internet acerca de las sensaciones que está experimentando. Mientras que el sujeto paranoico a menudo siente que el cambio le ocurre a su entorno, en el caso del esquizofrénico, su cuerpo es el que primero registra la idea de que se está produciendo un cambio.

Es en este período cuando el mundo empieza a hablar. Jaspers describe un caso en el que el paciente vio ropa de cama encima de la mesa de la cocina, una vela en el armario y una pastilla de jabón. Estaba muy disgustado. Tenía mucho miedo y estaba convencido de que todo esto hacía alusión a él. No podía explicar cómo había

llegado a esta conclusión. De repente lo vio clarísimo, tenía que ver con él. «Estoy seguro de que se refiere a mí». Los objetos cotidianos o las acciones empiezan a adoptar nuevos significados, por muy enigmáticos que sean. Norma MacDonald, diagnosticada de esquizofrenia, describe sus propias experiencias: «Un extraño caminando por la calle podía constituir una "señal" que yo debía interpretar. Se me quedaban grabadas las caras de las personas en las ventanillas de un tranvía que pasaba, todas centradas en mí e intentando transmitirme alguna especie de mensaje». La gente, los acontecimientos, los lugares y las ideas, todo quería decir algo, todo tenía que ver con ella, y ella tenía la sensación de que lo que le ocurría tenía «un significado aplastante».

Como vimos en el último capítulo, el mismo hecho de que se dirijan a uno y le interpelen ya revestirá la experiencia de un carácter amenazador. Este hecho, con frecuencia, se percibirá como una persecución directa. John Custance describe cómo, al desencadenarse la psicosis, todo empezó a señalarlo, desde una almohada arrugada o los pliegues de los lados de la cama a un paño o una toalla en el suelo. «Pueden insinuar formas horribles para la mente obsesionada por el miedo. Gradualmente, empecé á distinguir dichas formas, hasta que, finalmente, daba igual hacia dónde me volviera, sólo veía demonios que esperaban para atormentarme, demonios que parecían infinitamente más reales que los objetos materiales en los que los veía». Cuando la realidad empieza a hablar, se vuelve ominosa y aterradora para el sujeto.

A veces existe la idea de que el mundo se ha acabado. La persona puede describir cómo han cambiado las cosas, como si la realidad en ese momento pareciera vacía, monótona, y las personas, cosas efímeras, marionetas de cera, cáscaras. Como dijo Renée: «A mi alrededor los otros niños, con la cabeza en los deberes, eran robots o marionetas controladas por un mecanismo invisible». Uno de mis pacientes describió cómo sentía que «no queda nada. Sólo fachadas. No hay nadie». La humanidad ha sido destruida y reemplazada por una especie de reparto improvisado. Existe la posibilidad de que todo el planeta haya sido arrasado y, a menudo, la persona tiene la sensación de ser la única persona que queda. Puede que se aparte aun más de la sociedad o que, al contrario, busque personas con las que hablar y a las que comunicar su experiencia.

Con frecuencia, la sensación de que todo tiene sentido se interpreta en la siguiente fase. El coche que pasa, el cambio de clima o el artículo del periódico adquieren, en ese momento, un significado preciso. Es crucial analizar los pensamientos de la persona psicótica aquí, puesto que tienen que ver con la operación básica de crear significado, de encontrar algún modo de dar sentido a los cambios que experimenta.

Estos esfuerzos positivos y constructivos por atribuir significado pueden ser locales o globales: pueden aplicarse a las nimiedades del mundo que nos rodea o pueden transformarse en una interpretación más general de la situación general de uno. Pueden darse muchos significados distintos a experiencias individuales, sin una experiencia que los unifique o, al contrario, la transformación del mundo en un lenguaje parlante puede convertirse en un delirio con un significado fijo.

Esto significa que hay una movilización de significantes para tratar la experiencia del enigma. El significado puede establecerse poco a poco o, con más frecuencia, a trompicones, en momentos en los que la verdad se revela de repente. Custance los llama «los extraños destellos de inspiración» y Lacan, los «momentos fértiles» que permiten la elaboración de un delirio. La persona se da cuenta, por ejemplo, de que tiene una misión o de que otro está conspirando contra ella. Puede que empiece a prepararse para lo que tiene que hacer o, también, para atacar a los que cree que suponen una amenaza, los que saben demasiado sobre ella. La persona siente que la gente de su entorno conoce demasiados detalles sobre su vida personal, como vimos en el caso de Ernst Wagner, que creía que los habitantes del pueblo sabían que mantenía relaciones sexuales con animales. Esta tercera fase de la psicosis puede darse de golpe o a lo largo del tiempo y, a veces, nunca llega a darse, y la persona queda a merced de un mundo que constantemente la señala y nunca deja de hablar de ella. No se puede establecer ninguna orientación, ningún significado que otorgue a la persona un lugar o una posición.

En dichas situaciones, la persona puede actuar en lugar de construir: en lugar de tener un delirio, puede que se automutile o lleve a cabo otra acción con la intención de introducir negatividad o una distancia de las fuerzas invasivas y persecutorias que experimenta. Puede que intente suprimir algo del mundo, bien mediante su cuerpo o bien a través de algún aspecto de su entorno. Puede, por ejemplo, que se le ocurra que necesita someterse a alguna intervención quirúrgica, que supondría perder alguna parte de su cuerpo. Mediante sus actos, trata de eliminar algún exceso de su cuerpo o del Otro. Como señala Colette Soler, tras la fase inicial del desencadenamiento, los esfuerzos de los sujetos psicóticos se mueven en estas dos direcciones: añadir algo al mundo, mediante el delirio o la creación, o suprimir algo del mundo, mediante la automutilación o el cambio. Ambos constituyen intentos de autocuración.

Si el primero utiliza el significado en un intento de reestructurar, el segundo se centra directamente en eliminar la libido. En la fase inicial del desencadenamiento, la construcción de la realidad se deshace: el significante y el significado se separan, y el mundo parece

que sólo «significa». Que la sensación de que todo tiene sentido se libere tiene como resultado la interpelación: únicamente concierne a la persona. Se ha abierto un agujero en el mundo del significado y, por tanto, la persona debe tratar desesperadamente de reorganizar, reconstruir, reelaborar. Así, en la última fase se construye un nuevo significado o conjunto de significados, que restablece un orden en el mundo. Se llama delirio y su objetivo es volver a unir el significante y el significado. Pero, ¿qué pone en marcha esta secuencia?

* * *

La primera respuesta de Lacan a esta pregunta, en 1983, era que implicaba un cambio en la «situación vital» de la persona: la pérdida del lugar social de la persona, una jubilación, un cambio de entorno, una boda, un divorcio, la pérdida de los padres. Estos momentos son conocidos por ser desencadenantes potenciales, ya sea en forma de un espectacular brote alucinatorio tras la celebración de una boda o de un sereno ataque de misticismo y superstición tras la jubilación. Pero la cuestión clave, que Lacan trataría en sus estudios posteriores sobre la psicosis, era determinar qué tenían en común dichas situaciones. Claramente, no siempre desencadenaban la psicosis, pero, cuando lo hacían, ¿qué le había ocurrido a la persona para que el mundo se desmoronara?

Todos estos ejemplos conllevaban un cambio en la situación simbólica de la persona: tenía que ocupar un lugar nuevo, el tipo de posición que los antropólogos han asociado con los ritos de pasaje. Estos son momentos en los que la persona tiene que «enfrentarse al mundo». El hecho de que distintas culturas marquen momentos de transición con elaboradas ceremonias y rituales sugiere que es necesario que exista un marco simbólico para procesarlos. Representados externamente mediante rituales, llevan asociado un conjunto de recursos internos, que Lacan vinculaba con el mismo orden simbólico. Pero ¿qué ocurriría si lo simbólico fallase de algún modo? Si el orden simbólico no se había interiorizado, no estaría disponible para ofrecer una red de significados que ayudara a procesar los momentos de cambio. En lugar del significado, se experimentaría un agudo vacío.

Para Lacan, éste era el vacío que se abría al desencadenarse la psicosis. Ya que lo simbólico se componía de significantes interconectados, si se percibía que un término fundamental no estaba presente, las consecuencias se propagarían por toda la red. Esto es, exactamente, lo que ocurre en la psicosis. Primero, un elemento de la

realidad empieza a hablar y, después, todo empieza a hablar: el saludo de un vecino se puede interpretar como una condena moral y, seguidamente, toda la gente de la calle puede empezar a chismorrear. En un proceso de delirio, primero se puede percibir que el cónyuge conspira contra uno, después, los suegros, los hermanos, otros familiares, los médicos, los medios de comunicación, los jueces, etc. Hay un efecto dominó.

En un caso, tras un encuentro sexual asociado con el miedo a la posibilidad de quedarse embarazada, una mujer empezó a pensar que la gente la miraba por la calle. La señalaban y, pronto, empezaron a hablar a sus espaldas. Sentía que hasta sus amigos estaban más distantes. Una revista publicó una caricatura de ella, y los periódicos y los libros pronto empezaron a hacer referencias a ella. A través de la prensa, todo el país se había enterado de sus relaciones con el hombre, y la sociedad la había juzgado y excluido. Ahora sabía que todos esos elementos eran parte de un plan general para perseguirla. La conspiración se extendió gradualmente por toda Europa y, después, por América. Se creó un lenguaje de signos general, conocido en todas partes, para informar a la gente sobre ella. A los perseguidores los localizó en una asociación de mujeres, que tenía poderes inquisitoriales.

Esta expansión de la idea o experiencia inicial, ya sea gradual o repentina, es por lo que los primeros psiquiatras interesados en la fenomenología evocaron un «distribuidor de experiencia vividas». Trataban de comprender cómo cualquier cosa podía cuestionarse a partir de un momento en particular. La respuesta obvia era a causa de una conectividad de nuestra experiencia, una cohesión determinada de la realidad. Así es como, de hecho, los teóricos de Gestalt explicaban este colapso de la realidad en los años cuarenta y cincuenta. Cada elemento de la realidad del sujeto psicótico estaba interconectado, y un estudio detallado podía revelar los principios de este orden. La idea de Lacan lo explica de otro modo: se trataba de una cohesión en la red del lenguaje, en nuestro universo simbólico. Parecía que esto era exactamente lo que describían tantos sujetos psicóticos: el mundo entero había cambiado, ya nada era lo mismo.

Renée describe cómo el «autor inicialmente desconocido» de su sufrimiento pasó a convertirse en «el Sistema», una «entidad vasta como el mundo que incluía a todos los hombres. En lo más alto se encontraban los que daban órdenes, los que imponían castigos, los que declaraban a otros culpables. Pero ellos eran los culpables. Puesto que cada hombre era responsable de todos los demás hombres, cada uno de sus actos tenía repercusiones en los otros seres. Una interdependencia formidable unía a todos los hombres bajo el azote de la culpabilidad. Todos y cada uno de ellos eran parte del Sistema».

Si bien es tentador asumir que, quizá, un hombre en su pasado fue culpable de algo, también es difícil no ver en este sistema interconectado las mismas características de lo simbólico que ya hemos comentado: cada elemento está conectado con los demás y, de este modo, un cambio en uno afectará a todo el conjunto.

En el momento del desencadenamiento, la red simbólica se ha roto y la persona siente que le falta algo. Pero, ¿qué puede ser ese algo? Al principio, Lacan sostenía que se trataba del padre; en el sentido simbólico, el representante interiorizado de la ley. Este significante mediador y pacificador ayudaría al sujeto neurótico a superar las grandes dificultades del complejo de Edipo, pero no estaba presente en la psicosis. Sin este pilar crucial, la estructura de la vida de uno podía derrumbarse, pero sólo si se recurría a ello en un momento determinado. A Lacan le sorprendió lo repentino de la confrontación con este vacío que había dejado la pieza que faltaba. Lo que había desencadenado la psicosis no era sólo su ausencia, sino, más exactamente, que fuera convocado en un momento en el que la persona se encontraba inmersa en una relación dual e imaginaria, a menudo con otra persona, pero, a veces, también con un grupo, un trabajo o un ideal.

Esta situación se fracturaría a causa de algún acontecimiento o intrusión en que el equilibrio de la persona se vería cuestionado por la aparición de un tercero. Una relación imaginaria sería catapultada hacia una nueva configuración, una que introduciría a un tercero bruscamente, una figura que representaba la autoridad simbólica o una situación en la que la persona tenía que adoptar un lugar simbólico. Esto rompería la continuidad de la existencia cotidiana y la heterogeneidad del registro simbólico saldría repentinamente a la luz. En este caso, un padre puede ser real, pero también puede ser cualquier cosa que súbitamente asuma el lugar de un tercero: un jefe, un familiar del cónyuge, un tutor, un terapeuta. Puesto que no existe nada en lo simbólico que interceda en esta intrusión, ni hay ninguna respuesta a la llamada de la entidad simbólica de la paternidad, el mundo empieza a desmoronarse.

Muchos ejemplos pueden ilustrar esta situación: dos amantes que viven uno en brazos del otro hasta el día en el que visitan a los padres de uno de ellos, un estudiante que empieza la universidad y sale con sus amigos hasta que se entrevista por primera vez con su tutor, una madre que se pasa el día soñando con tener un bebé hasta que un médico le entrega a su niño tras el parto, un investigador que finalmente publica el estudio en el que lleva trabajando décadas. Cualquiera de estas situaciones puede desencadenar la psicosis y todas incluyen la aparición de un tercero en la vida de la persona. Se da una discontinuidad que rompe la capa protectora que la persona podía

haber creado hasta ese momento con su pareja, sus amigos, su bebé o su trabajo. De repente, se ve obligada a convocar al elemento simbólico que está ausente. Sin él, puede comenzar a tenerse esa sensación de perplejidad, e iniciarse la secuencia que hemos dibujado anteriormente.

En un caso comentado por Genevieve Morel, la paciente Hélene tenía una hermana siete años mayor que ella, que se convirtió en modelo. Cuando esta última dejó la casa de los padres para casarse, Hélene la siguió, incapaz de separarse de ella. El marido se marchó a hacer el servicio militar y la hermana empezó a ver a otro hombre. Hélene la ayudaba secretamente en esta relación, y su hermana la instaba a que la acompañara cuando se veía con su amante, preocupada por las habladurías. Hélene creía que el hombre la amaba a ella y no a su hermana, ya que ésta estaba casada, y cuando su hermana le pedía que le escribiera cartas de amor en su nombre, ella describía sus propios sentimientos hacia él. Una noche, en el cine, vio que se cogían de la mano con ternura. Fue en este momento cuando empezaron sus alucinaciones y tuvo que ser ingresada. El hombre había encarnado el lugar del tercero en la pareja imaginaria que ella formaba con su hermana.

También observamos algo parecido en los casos de psicosis que se desencadenan a partir de accidentes. El enorme shock provocado por un accidente de coche o de tren que precede los primeros síntomas manifiestos de psicosis es tan obvio que, a menudo, la conexión parece inevitable. Pero escuchar atentamente y analizar puede llegar a revelar que el desencadenamiento no ocurre en el momento del accidente, sino cuando, más tarde, la persona tiene que explicar lo que ocurrió a un policía, un abogado o un juez, o trata de obtener una indemnización. Es el encuentro con esta figura, evocando al tercero, junto con el hecho de tener que adoptar un lugar desde el que hablar, lo que la desencadena. A menudo, la vida normal consiste simplemente en decir «sí» a los que nos rodean, y los momentos en los que tenemos que adoptar una posición real al hablar son la excepción a la regla. Sólo hay que pensar en la diferencia entre saludar a un conocido y dar un discurso o justificarse ante un jefe, un policía o un juez.

Este énfasis en una triangulación repentina conecta situaciones que, desde fuera, pueden parecer trágicas y alegres al mismo tiempo, un hecho que había dejado perplejos a los primeros profesionales. Las psicosis que se desencadenan a partir de un éxito o un logro, siempre se han documentado y, en ocasiones, se explicaban en términos de desplazamiento hacia una independencia o madurez para la que la persona no estaba preparada. El cambio de estatus que conlleva una graduación o una promoción crea una crisis de confianza en uno

mismo, y el estrés acumulado puede producir estados de confusión o una «reacción» psicótica. La teoría de Lacan es más rigurosa, y asocia claramente el desencadenamiento al encuentro con una idea que no tiene un espacio simbólico en el mundo de la persona. Cuando se rompe la cadena, el elemento que no ha sido simbolizado puede llegar a imponerse desde fuera. En la fórmula de Lacan, lo que está forcluido en lo simbólico regresa en lo real.

En un caso, una mujer fue hallada en una zanja gritando: «La tierra me quiere poseer». Sentía que la tierra se la estaba tragando. El equipo psiquiátrico que trabajó con ella no se dio cuenta de que el nombre de la mujer era la palabra «tierra» en su lengua materna, aunque ella no asoció este hecho al contenido de sus miedos. Poco a poco, se aclaró la secuencia del desencadenamiento. Había empezado a sentirse mal tras una esfinteroplastia, que, efectivamente, puso freno a la copiosa incontinencia fecal que había sufrido durante muchos años.

Aunque ella no había asociado la operación al desencadenamiento de la psicosis, la asociación temporal era innegable, y esto arrojó luz sobre lo que le había ocurrido.

Sodomizada desde una edad muy temprana por su padre, éste mostraba su disgusto y repugnancia sólo en un momento determinado de sus encuentros sexuales: cuando, al retirarse, veía restos de excrementos en su pene. El excremento, por tanto, marcaba el fin del acto sexual, así como el momento en el que perdía el interés en ella. En la pubertad comenzó su incontinencia, y las violaciones cesaron. A partir de ese momento, perdía heces casi constantemente, y tenía que acudir al baño muchas veces durante el día. Pero fue exactamente al aceptar someterse a la operación en el esfínter anal, siguiendo el consejo de médicos que querían ayudarla, cuando apareció la psicosis. El síntoma que había hecho que su vida fuera tan difícil resultó ser exactamente lo que le había permitido sobrevivir: el significante «mierda» marcaba el límite ante la presencia invasiva del padre. Ahora que ya no era incontinente, el padre volvió a ella en lo real de su alucinación. La tierra que la llamaba y la tragaba era su propio nombre, y ella indicó que este nombre en particular, del nombre compuesto que tenía, fue el que su padre había elegido. Fue este elemento, precisamente, el que indicaba la posesión del padre, lo que se volvió real en el desencadenamiento.

Otro célebre ejemplo es el segundo momento de desencadenamiento de Schreber. Por fin, había conseguido que le nombraran miembro del Tribunal de Apelación de Dresde, pero, en lugar de trabajar con homólogos, se vio de repente en una posición de responsabilidad, presidiendo un jurado de cinco jueces, casi todos con cerca de veinte años de experiencia. Era como si hubiera sido

catapultado desde un mundo en el que se encontraba entre sus iguales imaginarios a uno en el que él se encontraba en un nuevo espacio, como portador de un peso simbólico, y donde no encontraba el significante que le ayudara a comprender esta espectacular subida. Comenzó a tener problemas para dormir y a oír ruidos extraños. En este momento, todo empezó a desmoronarse y pensaba casi exclusivamente en la muerte.

Freud pensaba que el dilema de Schreber tenía que ver con una homosexualidad reprimida, pero Lacan hacía hincapié en el hecho de haberse topado con una situación que era incapaz de simbolizar: la aparición repentina de la categoría de padre. No tenía a su disposición un significante que intercediera, nada que le diera un sentido a su situación. Sin el significante de «ser padre», Schreber se imaginó como una mujer y, en su delirio, esto se transformó en la misión de ser el engendrador de una nueva raza que reinstauraría el «Orden del Mundo» que tan espantosamente se había fracturado.

Las situaciones en las que el tercero se inmiscuye tienen que ver con el ego y el otro, como los amantes que viven en su mundo, o los amigos que son inseparables, o aquellos casos en los que la distancia entre lo ideal y la realidad se desmorona repentinamente. La persona que sueña con ganar la lotería durante décadas y a la que, finalmente, le toca el gordo, la persona que imagina que es adoptada y un día descubre que es verdad, el atleta que se esfuerza por batir un récord y lo logra, el hombre que sueña con tener una cita con su amada y acaba por conseguirlo. Todas estas situaciones trastocan un equilibrio en el que, de hecho, uno ha evitado ocupar un nuevo lugar en la estructura socio-simbólica. Si a uno le transportan repentinamente a ese lugar, tiene que enfrentarse a las nuevas coordenadas simbólicas, y esto es, precisamente, lo que puede desencadenar la psicosis.

Todas estas situaciones no tienen por qué desencadenar forzosamente la psicosis en una persona con una estructura psicótica. Todo depende de cuáles son los puntos sensibles para la persona y cómo se ha defendido de ellos. En un caso, la psicosis de un hombre se desencadenó al nacer su segundo hijo, pero, ¿por qué no ocurrió cuando nació el primero? En realidad, él era hijo único y había modelado cada detalle de su vida familiar según la de sus propios padres. El hecho de ser padre lo resolvió sencillamente, convirtiéndose en un doble de su propio padre. Actuaba igual, se comportaba igual e intentaba recrear su propia situación familiar en este extraño espejo. Cuando su mujer se volvió a quedar embarazada de improviso, el cinturón de seguridad imaginario que había creado se rompió: de repente, las cosas ya no eran iguales y el enigma de la paternidad se encontraba frente a él.

La idea no integrada de paternidad ahora volvía, pero no a un

nivel simbólico, sino real, como en el caso del paracaidista que recordamos al inicio de este capítulo. Las ideas de ser víctima de abusos sexuales, de ser amado por una figura de autoridad o de ser homosexual pueden ser el resultado de esta falta de integración: sin una cartografía simbólica de la relación padre-hijo, surgen diferentes versiones de la paternidad y de ser un objeto para el padre. Esto, a menudo, se malinterpreta como una señal de homosexualidad subyacente, pero, como puntualizó Bateson en una frase difícil pero maravillosa: «Los símbolos (aquí, las ideas del delirio) no denotan homosexualidad, sino que denotan ideas para las que la homosexualidad es un símbolo apropiado». Los motivos de la homosexualidad, por tanto, dan forma a la peligrosa posición de ser un objeto.

En un caso, un adolescente elaboró un delirio en el que su padre, su abuelo y él mismo eran un sistema comunicante de tubos de ensayo de vidrio que competían por drenar el fluido de la vida de unos a otros durante la noche. En otro, cuando la secretaria de un hombre anunció que estaba embarazada, él fue inmediatamente a examinar su esperma bajo un microscopio para determinar si era el padre o no. La paternidad aquí se reduce a sus parámetros biológicos: después de toparse con lo que no puede asimilarse, se reconstituye en forma de delirio. De ahí, las numerosas imágenes de paternidad, ya sean biológicas o heráldicas, que rondan las creaciones de la psicosis.

* * *

La teoría de la triangulación y del tercero simbólico no sólo nos permite comprender la secuencia del desencadenamiento de la psicosis, sino que también es de gran importancia para la seguridad del paciente, como ilustra el siguiente caso. Un hombre psicótico que rondaba los treinta años sentía que lo perseguían constantemente y siempre contaba que había vivido episodios de mala educación y desconsideración cuando iba a la consulta de su terapeuta. La terapeuta cita como un ejemplo de sus preocupaciones una historia sobre un chicle. Había tirado su chicle en un frigorífico abandonado y le preguntó a la terapeuta si era correcto haber hecho eso. ¿Encontrarían el chicle? ¿Le causaría problemas? ¿Debería haberlo tirado a la papelera?

Empezaba cada sesión leyendo una lista de lo que él llamaba «rumias», cavilaciones compulsivas sobre sus experiencias persecutorias. La terapeuta creía que estaba intentando volverla «loca» y sentía que sus «fríos ojos» la «penetraban». La intensidad de cada sesión, escribió, «me hacía sentir abrumada, debido a la

necesidad que tenía de exteriorizar sus pensamientos y sensaciones persecutorias». Estaba agotada e interpretaba estos hechos, del mismo modo que lo habrían hecho muchos terapeutas entrenados en la tradición de los psicoanalistas británicos, como una reconstrucción de la relación que el paciente mantuvo en la infancia con su madre. Si ella se sentía de un modo determinado, según esta perspectiva, la madre del paciente también debía haberse sentido así, una hipótesis que otras escuelas analíticas no aceptarían.

El paciente seguía un tratamiento farmacológico, pero se sentía maltratado por el sistema de salud. Odiaba los hospitales, el estigma de «enfermedad mental» y la mala educación del personal médico. Él buscaba comprensión y aceptación, y creía que la psicoterapia le ofrecería el espacio para ello. Le preguntó a su terapeuta en multitud de ocasiones qué pensaba de la «enfermedad mental», ¿qué pensaba de su medicación?, ¿si creía que alguna vez podría vivir sin tomarla? Como no deseaba que la arrastrase hacia lo que consideraba una representación de un conflicto interno —presuntamente, entre lo bueno y lo malo, encarnando el sistema médico a sus aparentemente odiados padres—, la terapeuta prefirió no responder a sus ruegos: «Me negué a responder y no me posicioné ni a favor ni en contra de los fármacos».

Dos años antes de empezar con la psicoterapia en el hospital ya le habían sugerido que hablar con un terapeuta podía ayudarle, pero nunca le dieron cita para la sesión de evaluación que le prometieron. Se cansó de esperar y empezó el tratamiento en una consulta privada. A los cuatro meses de empezar la terapia, recibió la carta para la cita que había estado esperando. Fue a partir de este momento, señala la terapeuta, cuando empezó a empeorar. Con actitud desafiante, le dijo que tenía intención de acudir a la cita, pero después se enfrentó al dilema de si debía o no continuar con la consulta privada. La terapeuta escribe: «Yo también me enfrenté a lo que podría considerarse un dilema ético: ¿debía insistir para que el paciente informase al psicoterapeuta de que ya estaba viéndome a mí? No había mencionado en qué hospital debía personarse para su evaluación, así que, en ese momento, no tenía ningún conocimiento personal». Decidió dejar que él tomase la decisión. Tras la sesión de evaluación, el departamento rechazó su petición, aduciendo que no era un candidato apropiado y que la terapia sólo provocaría que se viniera abajo.

El paciente se lo tomó como un gran rechazo, tanto hacia él como hacia el trabajo de la terapia. ¿Cómo podía trabajar con él su terapeuta si otro no podía? Sus pensamientos de sospecha y persecución crecieron. «Me sentí», escribe la terapeuta, «tan desesperada y enfadada como mi paciente». Este tipo de comentario es

característico de la tradición británica de psicoterapia, que asume que los sentimientos del terapeuta son causados por el paciente en un esfuerzo inconsciente de comunicarse, de hacerle sentir lo que el paciente siente. Otras tradiciones, como la lacaniana, consideran este tipo de comentarios como totalmente inapropiados, basados en la propia incapacidad del terapeuta para analizar la situación correctamente. Al fin y al cabo, ¿cómo puede cualquiera estar seguro de que está experimentado lo que otra persona está experimentando o siquiera atreverse a afirmarlo?

El paciente sentía cada vez más claustrofobia y estaba tan nervioso que tenía que salir de la consulta para caminar. Unos pocos días después, otro rechazo por parte del sistema de salud aumentó su desesperación. Se preguntaba por qué seguía viéndole su terapeuta si le habían dicho que la terapia no le ayudaría. De hecho, la recomendación psiquiátrica que había recibido era que su compañera no debía continuar escuchando sus «rumias», ya que estaban reforzando sus «obsesiones». Después vinieron unas cuantas sesiones difíciles, hasta que faltó a una cita. Se había suicidado tirándose a la vía del tren.

Sería injusto decir que si la terapeuta hubiera trabajado en un contexto diferente podría haberse evitado su muerte. Los suicidios ocurren, tanto con terapia como sin ella. Pero, este caso, puede ayudarnos a ver la importancia de factores que pueden no tenerse en cuenta o ser malinterpretados. La carta de las autoridades sanitarias, claramente, se inmiscuyó en la pareja formada por el paciente y la terapeuta. Sabemos cómo le preocupaba el «sistema» médico, que, en su caso, ocupaba el lugar del «Otro», una entidad poderosa que podía aceptarlo o rechazarlo. La recepción misma de la carta, incluso antes de acudir a la entrevista, tuvo un efecto desencadenante, intensificando enormemente sus pensamientos paranoides. Constituyó la intrusión de un tercero en la pareja.

El rechazo en la entrevista de evaluación y en el segundo encuentro con la Seguridad Social, unos días después, no hizo sino agravar su estado. De su preocupación por el chicle que tiró, podemos suponer que la cuestión clave era el lugar del Otro: ¿lo abandonaría o lo cuidaría? Él era el chicle. Y, quizá, la tenacidad de esta pregunta fue la que contribuyó a la respuesta de la terapeuta. Pero ella podría haber enfatizado que el trabajo que estaban haciendo progresaba, que había esperanza y que no debería acudir a la cita de la Seguridad Social. Quizá, sus propias inquietudes respecto a la «autoridad» de la Seguridad Social provocaron que no lo hiciera, pero podría decirse que habría sido la decisión clínica correcta, ratificando que se preocupaba por el paciente, en lugar de abdicar invocando al libre albedrío del paciente. De hecho, el modo en que actuó pudo haber

reforzado la horrible pregunta que se hacía: ¿qué soy para el Otro? ¿Puede el Otro abandonarme? Y, quizá, esto es lo que recreó al tirarse delante del tren, como el chicle que tiró.

En cuanto al consejo psiquiátrico, no parece que recibiera el mejor. El hecho de que escribiera sus «rumias» y les pusiera nombre demuestra la importancia que les daba y parece claro que alguien le había animado a escribir, incluso sólo a que hiciera listas. ¿Qué sentido tenía privar al paciente de algo que provenía de los recursos de su propia psicosis y que era parte de un proceso de estructuración? Quizá, la psiquiatra pensó que las rumias constituían un modo de mortificarse en sus problemas, en lugar de progresar, pero, de hecho, pensar así es negar los esfuerzos del paciente por curarse a sí mismo y, aún más, no reconocer la importancia de ponerle un nombre a lo que hemos comentado. Cuando su compañera dejó de escuchar sus rumias, se cerró una vía de comunicación. En algunos casos, ésta puede ser la diferencia entre la vida y la muerte.

* * *

Si los momentos de desencadenamiento suponen recurrir a un significante que no está presente, el agujero correspondiente al nivel del significado, de lo que representa, aparecerá. Esto puede generar una serie de situaciones desencadenantes en las que no se trata tanto de un encuentro con un tercero simbólico, sino de un problema de significación. La forma más común es la de un encuentro en el campo del amor o el sexo. Aquí, lo que tiene un efecto desencadenante es la proximidad del deseo del Otro: una experiencia sexual, un sentimiento amoroso o la sensación de ser el objeto de interés de otra persona. En estos momentos, lo simbólico no consigue actuar como intermediario o dar una respuesta, y la persona se siente a merced de fuerzas enigmáticas. No existe una significación que ofrezca apoyo ni un significante que la otorgue.

Freud pone el ejemplo de un joven médico cuya psicosis se desencadenó en el momento en el que consiguió satisfacer por primera vez a una mujer. Cuando ella lo abrazó con «agradecimiento y devoción», él, de repente, sintió un misterioso dolor que le recorrió el contorno de la parte superior de la cabeza como un corte afilado. Posteriormente, lo interpretó como si le estuvieran haciendo una incisión para verle el cerebro en una autopsia. Poco después, el dolor se vinculó a un delirio explicativo: un buen amigo, que era anatomista, debía de haberle enviado a la mujer como parte de una serie de persecuciones que estaba organizando. El desencadenante aquí fue el encuentro sexual: sin poder mediar el deseo del Otro, la

psicosis estalló.

Las situaciones sexuales noveles a menudo son peligrosas para el sujeto psicotico. Marcel Czermak cuenta el caso de un joven que, en el momento de su primera erección con una mujer, se miró desconcertado el pene y, de repente, escuchó la palabra «gay». En el momento en el que no estaba presente la significación fálica surgió el significante alucinatorio. Si el significado fálico establecido por la metáfora paterna está ausente, cada vez que la persona se enfrente a los fenómenos físicos que requieren una significación, pueden experimentarse sensaciones de desconcierto o extrañeza. No debemos olvidar que, al principio, los estados de excitación siempre provocan ansiedad, como observamos cuando los niños tienen sus primeras erecciones. Si una significación no se transmite y se recibe adecuadamente, se vuelve problemática y, a veces, la persona permanece virgen o evita cualquier tipo de encuentro sexual por ese motivo.

Esto es, sin duda, por lo que la psicosis a menudo surge en la adolescencia y la juventud. La aparición durante este período normalmente se asocia a la esquizofrenia, y no podemos olvidar que uno de los rasgos clave de la esquizofrenia es, precisamente, el problema de conferir significado al cuerpo. Puesto que el cuerpo cambia durante la adolescencia, hay una demanda de significado que abre el agujero de la forclusión. La presión que se ejerce sobre el individuo para que salga y tenga actividad sexual no hace sino empeorar la situación. Cuando a esto sumamos el hecho de que la adolescencia también es el momento en el que asumimos posiciones simbólicas en grupos y en relación con el mundo, se vuelve obvio que la psicosis se desencadene con tanta frecuencia en este período. Las primeras masturbaciones, los encuentros sexuales o los sentimientos de ser deseado por otra persona pueden ser catastróficos.

En un caso comentado por Denise Sainte Fare Garnot, un joven fue con un amigo a una biblioteca pública para leer y escuchar música. El amigo, que había ido sólo a buscar chicas, le preguntó: «¿Estás al acecho?». En ese momento, se le ocurrió que era inmortal y que la gente le vigilaba y murmuraba cosas sobre él. En una sesión posterior, comentó que lo que su amigo le dijo fue: «Tienes que ser un hombre». De repente, se planteó la cuestión del lugar simbólico como macho sexuado. Incapaz de responder, los pensamientos paranoides respondieron por él. Los murmullos de la gente a su alrededor decían: «¿Es un hombre o una mujer?» y «¿De dónde vienes?».

La idea de inmortalidad era parte de una serie de delirios, y también creía que era un extraterrestre. En ambos enunciados la cuestión del lugar simbólico como hombre se transforma en otro tipo de identidad, una que parece esquivar el problema de estar totalmente

en el lugar de un hombre o de una mujer. Los extraterrestres, decía, «no pertenecen a este mundo», con la implicación de que este mundo está hecho de la lógica división macho/hembra. La pregunta del amigo había convocado un significante que no podía ser recibido. En su lugar, aparecieron respuestas alucinatorias —«¿Es un hombre o una mujer?»— y las voces y las miradas se dirigían a él con esta terrible pregunta.

Las ideas de inmortalidad y de identidad extraterrestre constituían, en este sentido, intentos por encontrar una solución. Si era de otro planeta, no tenía que asumir la posición de hombre o mujer. En cuanto a la inmortalidad, la asociaba a la feminidad, aunque una vez oyó un comentario de un filósofo que decía que el último humano sobre la tierra sería un hombre, aun así, dijo: «No consigo definirme a mí mismo. ¿Soy realmente el último de los hombres? No lo sé». La idea de ser inmortal no le agradaba, y estaba ansioso por encontrar alguna otra explicación. Como vimos en el capítulo 3, es importante identificar que la idea de ser único —el último hombre, por ejemplo— no es necesariamente un delirio de grandeza. Simplemente, puede tratarse de un modo de intentar encontrar una posición de seguridad en la que uno ocupa un lugar excepcional, sin caer en un bando ni en el otro.

Ser el último ser humano vivo es una idea que observamos con frecuencia en la psicosis, pero puede constituir un modo de crear historias bastante distintas. En ocasiones, se asocia con el fin de los escenarios del mundo, y Freud explicaba esto en términos de dejar de dar amor: tras un desastre emocional, retraemos la libido de vuelta al ego y, al hacerlo, tomamos conciencia de una disminución en el mundo exterior. Para Lacan, este hecho sería una consecuencia de nuestra relación con el lenguaje: al acercarnos al agujero en lo simbólico, sentimos que el colapso se extiende a través de las redes de representaciones que constituyen nuestra realidad. Resulta curioso comentar, sin embargo, que las ideas de fin del mundo, a menudo, no dejan el mundo completamente vacío: además del sujeto, hay una malevolencia, una especie de fuerza maligna que permanece.

Este es el tema de incontables películas de ciencia ficción, en las que la población mundial ha sido exterminada por la guerra, una plaga o una catástrofe natural. El héroe o la heroína deambulan buscando alimento y cobijo, pero pronto descubren que, en realidad, no están solos: algún vestigio de la catástrofe, en forma humana, animal o monstruosa, los amenaza y ataca. Es como si la libido no pudiera sustraerse completamente sin dejar residuos, restos que nos persiguen invariablemente. En contraposición, puede darse la fantasía del renacimiento: para Schreber, una nueva raza, o, para uno de mis pacientes, la idea de que nuevos seres brotarían de los ovarios que su

cuerpo, en estado de descomposición, dejaría tras de sí.

La ausencia de la función simbólica de la paternidad es la causa de que los delirios de renacimiento, creación y filiación sean tan comunes en la psicosis. Incapaz de situar el fenómeno del nacimiento simbólicamente y, más generalmente, de situarse a sí misma en el punto de origen de algún proceso —ya sea biológico o cultural—, la persona construye una teoría para ocupar el lugar del agujero que se ha abierto ante ella. Puede que crea que ha nacido de un solo progenitor o, como Schreber, que dará a luz a una nueva raza de seres o que desciende de la realeza. El paciente mencionado en el capítulo i que creía que los nombres en común indicaban una esencia y una ascendencia compartidas, había construido el delirio en el momento exacto en el que debía explicarse el vínculo entre generaciones. Como observamos a menudo en la psicosis, la idea no integrada de un origen se reconstruye y reelabora en el delirio.

Los finales pueden resultar tan difíciles de simbolizar como los comienzos, y los delirios muchas veces se construyen en estos casos en torno a la muerte y el luto. En la cultura popular, lo vemos reflejado en las creencias de falsos entierros: Hitler, Elvis o Michael Jackson, en realidad, siguen vivos, quizá, en un país remoto, y sus restos son los de algún desgraciado. En el momento en que la mortalidad no puede simbolizarse, el delirio crea una nueva historia. En un caso, una mujer que había perdido trágicamente a varios de sus hijos explicaba cómo, en el funeral de su hija, había estado «en el entierro de una niña que no era la mía». Su hija había sido abducida y reemplazada por una doble que, a su vez, también había sido reemplazada. Contabilizó más de dos mil reemplazos de la niña a lo largo de cinco años: «Me llegaban niñas cada día y cada día me las quitaban». La pérdida de su hija, impensable para ella, se convirtió en el momento en que se estableció la evanescencia ilusoria de hijas.

Recordemos ahora cómo todos los grupos humanos elaboran historias y mitos que tratan de dar cuenta tanto de los inicios y los finales de la vida, como del nacimiento de objetos naturales y artificiales: fuego, agua, bosques, pájaros, bestias, ciudades, libros y cualquier otra parte de la creación social y cultural. Los orígenes tienen que tratarse con lo simbólico, deben comprenderse y explicarse. En la psicosis, no está disponible la estructura simbólica interiorizada que permitiría que esto ocurriera y, de ahí, la dificultad en momentos en los que la persona se encuentra en el origen de algo, ya sea por un embarazo o un parto, o por un descubrimiento científico o una invención.

Los investigadores y los científicos pueden sentirse mal,

precisamente, en el momento de un descubrimiento, cuando es cuestión de asumir la «paternidad» o la autoría de su trabajo. Como señala Nathalie Charraud, la psicosis del matemático Georg Cantor no se desencadenó cuando entendió por primera vez los conjuntos infinitos que cambiarían radicalmente su campo de trabajo, sino cuando sus compañeros y estudiantes le homenajearon. Fue en el momento en el que formalmente lo reconocieron como el creador o descubridor de los números transfinitos, cuando una terrible depresión psicótica le inmovilizó. La significación de paternidad no pudo integrarse y, de este modo, regresó en forma de delirio: en un intento por reencontrar el equilibrio, Cantor publicó dos trabajos en los que trató de demostrar que las obras de Shakespeare, en realidad, habían sido escritas por Francis Bacon. De este modo, una reivindicación de la autoría daba respuesta al momento en el que él no podía articular su propia autoría en lo simbólico.

En otro caso, la psicosis de una mujer apareció cuando no le vino el período por primera vez. Comenzó a preocuparse por estar embarazada y fue a ver al médico, cada vez con más frecuencia, con la idea de que «tenía algo en el estómago», «algo» que pronto identificó con «un bicho». El médico la ingresó y, posteriormente, se aclaró el contexto de su delirio. La madre de la paciente había perdido un bebé cuando se enteró de que su propio padre, médico, se encontraba en estado terminal y nadie informó al enfermo de esta tragedia. Como dijo la paciente, «las palabras nunca tocaron ese embarazo». Poco después, la madre se quedó embarazada de la paciente y, esta vez, sí se lo contó a su padre moribundo. La paciente, a menudo, imaginaba que la madre debía de estar pensando en su padre mientras tenía relaciones sexuales con su marido, así como durante el embarazo, y que él, en consecuencia, debía ser su «verdadero padre». «Si yo hubiera muerto», dijo, «él quizá habría sobrevivido».

De niña, había sentido que su madre «cuidaba a la persona equivocada. Debería haber estado cuidando del bebé anterior». Y estaba segura de que habían quedado restos del feto muerto en el interior de su madre que habían pasado a ella. La idea de ser una niña, de hecho, le parecía imposible: le resultaba insoportable escuchar a alguien comentar que los pacientes eran como los hijos del psicoanalista. La ausencia de un marco simbólico que diera sentido a la reproducción la dejó a merced de los elementos traumáticos de su historia, que invadieron su mente y su cuerpo cuando sufrió el desencadenamiento de la psicosis.

De hecho, su madre había ignorado totalmente la faceta biológica de su hija y nunca le habló del período o le dio compresas. Su propia identidad era equivalente a la del bebé abortado: «Me siento como un

feto abortado», dijo. Al desencadenarse la psicosis, muchos años después, estaba desesperada porque el médico reconociera que «tenía algo dentro», como si el primer embarazo de la madre, que nunca se simbolizó, volviera a ella de modo real. Como un médico —su abuelo — no había sabido que había algo dentro de su madre, ahora ella intentaba que un médico reconociera que había «algo ahí».

El desencadenamiento, en este caso, llegó tras la ausencia del período, pero, en muchos otros ejemplos, ocurre tras dar a luz. En un caso comentado por Isabelle Robert, una mujer experimentó alucinaciones con la palabra «madre» tras el parto. Interpretó que la alucinación significaba que tenía la «misión maternal» de cuidar niños, que desarrolló de muchas formas. Esto le dio una cierta estabilidad hasta que, tras el nacimiento de su segundo hijo, llegó el siguiente brote de psicosis. Sin embargo, el desencadenante no fue tanto el nacimiento en sí mismo como el hecho de que, posteriormente, descubrió que no podía cuidar a los dos niños con el mismo nivel de atención que había puesto cuando sólo tenía uno. En otras palabras, su «misión maternal» se vio cuestionada. Lo que reavivó la psicosis fue este cortocircuito de la solución que había elaborado en respuesta al episodio anterior.

Soluciones como la idea de la «misión maternal» pueden ponerse en marcha con bastante rapidez tras el desencadenamiento y tienen un valor protector, así, lo que parece ser un «breve» episodio psicótico pasa sin dejar secuelas aparentes. En un caso comentado por Brigitte Lemonnier, un hombre fue capaz de evitar el desencadenamiento de la psicosis tras el nacimiento de su hijo mediante la idea de amor paternal. Se imaginó a sí mismo como un eslabón de una larga cadena, que comenzaba con un mal padre, seguido por él mismo, que era mejor que su padre, después su hijo, que sería mejor padre de lo que él lo era, y así, sucesivamente, hasta el último, que sería un padre perfecto. El delirio le permitió encontrar una posición como padre y puso orden en su mundo. Cuando su mujer lo abandonó, llevándose con ella a los niños, su sistema quedó, de repente, en entredicho: fue lanzado de vuelta a la idea de ser un «mal padre». Pocos días después intentó suicidarse.

Lo que podemos aprender de estos casos es que puede que el desencadenamiento no ocurra cuando la persona encuentra alguna figura de autoridad simbólica o tercero, sino cuando la solución que ha creado encuentra un obstáculo. El mecanismo de estabilización o compensación que la persona ha pasado años, o incluso décadas, construyendo se pone de repente en tela de juicio. Estudiaremos estos mecanismos conmás detalle en el siguiente capítulo, pero pongamos un par de ejemplos más ahora. Un hombre buscó ayuda cuando empezó a tener visiones en las que era una mujer de la que un hombre

abusaba sexualmente. Estos perturbadores pensamientos habían comenzado durante una visita a los padres de su esposa, a los que antes no conocía, justo después del nacimiento de su segundo hijo. Aunque es tentador interpretar el desencadenamiento en términos de la aparición de un tercero, la realidad era muy distinta.

Describió su historia como la de una víctima: maltratado por sus padres, acosado en el colegio, criticado por su jefe en el trabajo. Estas experiencias cristalizaron en torno a la idea de ser un «solitario», una identidad que le había mantenido entero tanto durante sus relaciones como cuando no tenía pareja. Guando no estaba con nadie, llevaba una vida solitaria y, cuando estaba en pareja, desaparecía periódicamente para ver películas en las que los protagonistas eran solitarios idealizados. La posición de ser un objeto para el Otro, evocada en la multitud de sus historias victimistas, venía considerada, por así decirlo, por la aceptación de la imagen de un solitario. Esta era la identificación que le permitía sostenerse en todas estas experiencias.

El desencadenamiento se produjo, precisamente, en el momento en que se cuestionó esta identificación. Lo que le perturbó no fue tanto la alteridad de los suegros, su distancia simbólica, sino su posición en la red familiar. Ya tenía un hijo de su primer matrimonio y describía con todo lujo de detalles cómo su mujer de entonces siempre lo rechazó sutilmente después del parto. Asimismo, la familia de ella nunca lo aceptó como uno de los suyos, pero ahora, con su segundo matrimonio y el recién nacido, de repente se había convertido en «uno de ellos». Su calidez y el modo en el que lo integraron le sorprendieron. Había esperado que lo excluyeran, como había ocurrido con sus primeros suegros, pero, para su sorpresa, lo recibieron como a un igual, como parte de la familia. Esto significaba que ya no podía verse a sí mismo como un solitario. Fue en este momento cuando le asaltaron los pensamientos intrusivos.

En otro caso, la psicosis de un hombre se desencadenó tras pasar una apacible tarde en su jardín. Había estado cuidando de las plantas y los árboles frutales y, de pronto, se dio cuenta de que el espray que había usado en un manzano era «veneno». La mañana siguiente se despertó con el ruido de un golpe que venía del interior de su pecho: un hombrecillo estaba atrapado ahí dentro y le golpeaba la caja torácica para salir. Era culpable de ahogar a este extraño homúnculo y, desesperado, corrió a la unidad de urgencias más cercana pidiendo que lo operaran para liberar a su prisionero. Un interrogatorio detallado no ofreció indicios de que se hubieran producido fenómenos psicóticos en los años previos. Por lo tanto, ¿de dónde venía esta floreciente alucinación puntual?

Lo que desencadenó la psicosis no fue el encuentro con un tercero

simbólico, sino la ausencia de una fórmula con la que había vivido. El padre del paciente había fallecido en un trágico accidente cuando éste era pequeño y, justo después, había sufrido algunas alucinaciones visuales y auditivas. Más tarde, empezó a cuidar de animales heridos y su formación posterior como cirujano le permitió perpetuar el proyecto que él llamó «dar vida». Parece que durante estos años no hubo crisis o miedos alucinatorios. Cuando se jubiló, se dedicó a la jardinería, que describía en los mismos términos que su trabajo como médico: su labor consistía en mantener las plantas y los árboles vivos y sanos, especialmente, el manzano.

De hecho, éste era un árbol que su padre también había cultivado y era el único elemento de su jardín que asociaba a él. El día que usó el espray equivocado sobre el árbol, su misión se vino abajo: si bien siempre había mantenido todo con vida —los animales, las personas, las plantas—, ahora ya no se encontraba en el lugar del salvador, sino del asesino. La fórmula que le había protegido —ser «el que daba la vida»—ya no podía mantenerse y, en su lugar, surgió un delirio de culpa. El golpeteo en su pecho era el regreso del hombre muerto, y él era el responsable.

* * *

El encuentro con algo que no se puede simbolizar, debido a la ausencia de lo simbólico, tiende a empujar al sujeto psicótico en la dirección de la creación. Los delirios, claramente, suponen trabajar con el elemento forcluido para que se convierta en algún tipo de sistema o forma nueva. De ahí el panorama de versiones de paternidad y reproducción que se encuentra: dioses, emperadores, Jesucristos, nacimientos reales y alienígenas, por citar algunos. En contraste, los actos que, a veces, realizan los sujetos psicóticos, estudiados por Colette Soler, buscan soluciones más rápidas y radicales: eliminan lo que perciben como mala libido en el cuerpo o en el Otro. Esto puede ser peligroso para la persona y para aquellos que la rodean.

Quizá, como es lógico, estos actos pueden resultar apropiados como cura para la psicosis, y la historia está llena de ejemplos. A principios del siglo xx, existía una seria teoría que sostenía que extraer los dientes podía curar la psicosis. Heniy Gotton, que había estudiado con Kraepelin y era director de una institución mental de Nueva Jersey, mantenía que una infección bacteriana era la causante de la psicosis, y que las bacterias responsables se concentraban en molares y colmillos infectados. Desde ahí, las bacterias se extendían al resto del cuerpo. Alegaba que quitarles los dientes a los pacientes que ingresaban ayudaba a que se recuperasen en un 35% de los casos. En

cuanto al 75% restante, las bacterias ya se debían haber trasladado a otras partes, así que les extraía las amígdalas, el colon, la vesícula biliar, el apéndice, las trompas de Falopio y el útero. Al final, afirmó que su bisturí había curado a casi todos sus pacientes.

El cuestionamiento de la ética de extraer tejido corporal sano, así como una revisión de los historiales médicos, mostraron que estos resultados eran falsos y que un gran número de pacientes había fallecido, pero a Cotton se le permitió continuar extrayendo dientes. En estos casos, en los que la función simbólica de negar la libido corporal no se había producido, se buscó en lo real, mediante la misma sustracción corporal. Aunque, por supuesto, las ideas de Cotton hoy día serían ridiculizadas, siguen floreciendo versiones más sofisticadas de las mismas, como si la idea de salvación estuviera asociada a la idea de extracción. Y ésta es una idea que, a menudo, encontramos en el pensamiento psicotico: al extraer algo, la sensación persecutoria se calma, pero, en lugar de tratar de encontrarlo a un nivel metafórico, se lleva a cabo de modo bastante literal.

La teoría que hemos esbozado supone que habitamos un mundo de significado y que los acontecimientos y los cambios de nuestras vidas son arbitrados por procesos simbólicos. Debemos ser capaces de simbolizar las cosas que nos ocurren, los nuevos roles que nos encontramos ocupando, las nuevas posiciones que pueden pedirnos que tomemos, la proximidad al Otro que a veces conlleva la vida. Si recurrir al contexto simbólico no funciona —por los motivos que hemos analizado—, puede desencadenarse la psicosis. Se abre un agujero en el mundo imaginario. Hay una sensación profunda de cambio y, entonces, en la mayoría de los casos hay un intento de encontrar una especie de solución, una compensación mediante la construcción de un delirio o cualquier actividad que prometa ofrecer una base en el punto en el que lo simbólico falla. Puede tratarse de un proyecto de investigación, una nueva profesión, una actividad artística, una búsqueda de orígenes o una verdad histórica.

Si bien el desencadenamiento supone recurrir a la función simbólica de la paternidad, también hemos visto cómo puede darse en muchas otras situaciones. Si se pone en entredicho el mecanismo compensatorio de la persona, o si se ve debilitada una identificación que, hasta ahora, la había mantenido entera, puede estallar la psicosis. Los cambios en el trabajo posterior de Lacan reflejan esta diversidad. Aunque empezó refiriéndose a la función paternal —o Nombre del Padre—, posteriormente utilizó el plural, evocando los Nombres del Padre y cuestionando su vínculo con la paternidad como tal. Lo que importaba no era sólo el lugar del padre en la familia, sino cualquier operación o conjunto de operaciones que atasen lo real, lo simbólico y lo imaginario, así como proporcionar una dirección en

relación al deseo enigmático del Otro. El padre no era más que una de las muchas formas distintas que podía adoptar este proceso convencional, y se volvió cada vez menos importante. Una vez que reconozcamos el amplio abanico de construcciones que los seres humanos utilizamos para sobrevivir, estaremos en mejor posición para entender los factores que importan en cada desencadenamiento psicótico.

8. ESTABILIZACIÓN Y CREACIÓN

Una mujer, cuya psicosis se desencadenó cuando convocó al espíritu de su padre muerto en una sesión de espiritismo, empezó a ser perseguida por la figura omnipresente del demonio, que se encontraba siempre a su lado, hambriento de su mente, sus pensamientos y su cuerpo. Con el tiempo, esta situación insostenible se calmó gracias a una nueva configuración. Su actitud de desesperación fue sustituida progresivamente por una de aceptación, casi satisfacción. Pasó a hablar del demonio como si se tratara de un niño travieso, riñéndolo y regañándolo, y él hasta le pedía perdón. Si bien el demonio llegó primero al agujero abierto por la forclusión —que ella describió perfectamente como «el que no tiene nombre»—, ahora se había transformado en un niño, y ella, sin duda, ocupaba el lugar de la madre. Esta transformación le permitió cierta estabilización, y se trataba de una invención totalmente suya, nada que le hubieran sugerido los psiquiatras que visitaba. Había encontrado un modo de hacer tolerable el desencadenamiento inicial de su psicosis.

Los sujetos psicóticos, a menudo, encuentran formas no sólo para estabilizarse después del desencadenamiento y hacer su sufrimiento más llevadero, también, para evitar el desencadenamiento total de la psicosis. En ambos casos, debemos hacernos la misma pregunta: ¿qué ha impedido que la persona se vuelva loca? Hemos visto que el modo más obvio de defenderse de los fenómenos primarios de la psicosis es mediante la creación de un delirio: éste puede tener el efecto, si se lleva a cabo con éxito, de restablecer el sentido, volver a reunir el significante y el significado y limitar y contextualizar la libido. Pero hay una serie de respuestas distintas, a veces, desarrolladas como parte de un delirio y, otras, de manera independiente. En este capítulo exploraremos estas formas de restitución, los modos en que los sujetos psicóticos pueden encontrar el equilibrio y la estabilidad.

Empecemos con un ejemplo clínico. Un hombre de treinta y muchos años necesitaba ayuda para combatir la ansiedad y los pensamientos intrusivos. Recientemente, había dejado otra terapia, que no le había dado resultado. Quizá, debido a los muchos triángulos de su vida, el terapeuta anterior pensaba que el paciente reprimía su interés homosexual en los ex novios de su pareja. Esta interpretación sólo agravó sus síntomas, que incluían alteraciones del habla —la idea de que sus pensamientos no le pertenecían— y visiones en las que se

le obligaba a hacer una felación a otro hombre.

Los triángulos que había percibido el terapeuta anterior, de hecho, existían. El paciente había intentado hacerse amigo de los ex novios de varias de sus novias, imitándoles y copiando lo más posible su apariencia. Esto le permitió tener relaciones con mujeres, y los orígenes del desencadenamiento se habían dado precisamente en esos momentos. Primero, cuando su mejor amigo de ese momento lo «abandonó», rompiendo todos los lazos con él y dejándole sólo con su novia. Y, segundo, cuando le presentaron a la familia de una de sus novias. En ambos casos, tuvo alucinaciones auditivas, como si, empujado al lugar simbólico de un hombre y sin un apoyo simbólico, las voces le pusieran el nombre que lo simbólico no le había puesto.

Fue capaz de estabilizarse mediante una identificación, aunque no una que dependía de las situaciones triangulares que le habían apresado hasta ese momento. Aunque nunca conoció a sus abuelos maternos, le habían dicho que su abuelo había participado en una importante expedición de montañismo. En la universidad, se había unido al club de montañismo y siguió practicándolo durante años. Incluso cuando estaba con un equipo de otros montañeros, sentía que estaba «solo, luchando contra los elementos». Este pasatiempo le otorgó, de hecho, la única forma de «hombría» que no llevaba implícitos los peligros de encontrarse con el sexo opuesto, algo que su padre le había prescrito como una especie de orden y con lo que corría el riesgo de que se abriera el agujero de la forclusión. Le animé a elaborar el ideal romántico del montañero y comenzó a desarrollar actividades relacionadas: leía libros, veía películas sobre el tema, etc.

Estar en la posición de un hombre para una mujer le resultaba imposible, y era en esos momentos cuando comenzaban las alucinaciones. La identificación con la imagen ideal del montañero solitario, al contrario, le mantenía entero y le hacía menos dependiente de sus homólogos que cuando copiaba a los ex novios de sus novias. El modo de restitución aquí, estudiado al principio por Ludwig Binswanger, implica la construcción de un ideal: una imagen particular da a la persona un punto cardinal, una orientación sobre la que construir su vida. Esta construcción de un ideal puede inspirarse en descripciones de una tradición familiar con asociaciones positivas, pero, a menudo, se toma del mundo de la madre. Puede implicar una actividad que le interesaba, una persona que ella idealizó o una carrera que tuvo que abandonar, y puede ayudar a darle a la persona un punto ideal alrededor del cual organizarse. A veces, después del nacimiento de un bebé, los hombres psicóticos «se convierten» en madres como una forma de evitar ponerse en el lugar del padre, lo que les pondría en peligro de que se desencadenase la psicosis. Quizá no sea una casualidad que en 1903, después de que le dieran el alta,

Schrebery su mujer adoptaran una niña de diez años que, posteriormente, comentó al psicoanalista William Niederland que Schreber fue «más una madre para mí que mi propia madre».

La fascinación de Louis Wolfson con las lenguas es otro ejemplo de este proceso. Se convirtió en lo que él llamó «un estudiante esquizofrénico de las lenguas», y aprendió francés, alemán y ruso para escapar de la lengua inglesa que tanto miedo le daba. Comentaremos el trabajo de Wolfson con las lenguas un poco más adelante en este capítulo, pero lo que nos interesa ahora es su posición como «estudiante». Le permitió situarse en relación con el mundo que lo rodeaba: sentado en su habitación en casa, de camino a la biblioteca y en sus paseos nocturnos, en los que «estudiaba» a las putas, los chulos, los drogadictos y los polis de Broadway, formando su identidad en torno a esta idea de aprender. Al conocer a otras personas se presentaba como un estudiante, y esto mediaba el campo potencialmente peligroso del contacto humano. Un día, mirando a un hombre sentado enfrente de él en el metro, se imaginó un encuentro violento, justo antes de decidir que leer un libro en otro idioma distinto del inglés sería una opción mejor que la de quedarse mirándolo. Siempre estudiando, Wolfson era capaz de transformar la situación pasiva y amenazante de ser la presa de quienes lo rodeaban, en una posición activa y estabilizadora.

Esta construcción de un ideal puede ayudar a dar a la persona un lugar como sujeto, en lugar de seguir siendo un mero objeto: perseguido, insultado, espiado, calumniado. Es interesante contraponer esto con otra forma común de estabilización, la adhesión a la imagen de otra persona. Sin un ideal que la respalde, la persona se limita a imitar a otra persona, como el paciente descrito anteriormente había hecho con los ex novios de sus novias. Aunque esto le permita vivir, le deja en el lugar de un objeto y no de un sujeto, puesto que es, literalmente, dependiente de otras personas. La imagen del otro debe estar presente para poder imitarla. Con mi paciente, esta forma de identificación superficial era menos sólida que la identificación idealizada con el abuelo.

Helene Deutsch describió este tipo de identificación en sus estudios de caracteres «como si», que sólo establecen relaciones sociales mediante una especie de imitación externa. Se acoplan a la imagen de otra persona, utilizándola cuidadosamente para organizar su comportamiento y, generalmente, evitando esas situaciones que constituyen una llamada a la dimensión simbólica. Pueden mostrar amistad, amor y simpatía, pero hay algo que no funciona, puesto que sus expresiones de sentimiento son «sólo de forma», como «la actuación de un actor bueno técnicamente al que le falta veracidad». Como explicó una mujer que había comenzado a ser prostituta

durante su adolescencia, copiando a las otras chicas podía sobrevivir sin tener ningún contacto real con el mundo exterior. De algún modo, sabía que no sería capaz de tener ese tipo de contacto.

No existe nada que sugiera ningún trastorno, comenta Deutsch. La conducta no es inusual, las capacidades intelectuales no están afectadas, las expresiones emocionales son ordenadas y apropiadas. Pero algo no suena sincero. Quienes estaban cerca de caracteres «como si», siempre acaban por preguntarse: «¿Qué es lo que pasa?», precisamente, porque todo parece demasiado perfecto. Kurt Eissler señaló que puesto que, los caracteres «como si» se basan en técnicas de imitación, su abanico de ajuste puede llegar a ser mucho más amplio que el de sus homólogos, que evitarán determinadas actividades, tareas o roles, de acuerdo con sus preferencias inconscientes. Puesto que las preferencias de las personas «como si» se localizan estrictamente a un nivel superficial, puede que hagan lo que la superficie espera de ellos y, por tanto, encajan bien en la sociedad y llaman poco la atención. En palabras de una mujer: «A veces siento como si fuera una mezcla de muchas sombras, una especie *no de una persona,* sino de pensamientos de muchas personas sobre mí, como introspecciones de esas cosas... Y cada uno me ve con una luz diferente, de hecho, así fue como aparecí».

Mientras que algunos sujetos «como si» pueden funcionar bien en muchas situaciones, otros prefieren un entorno restringido, compuesto de situaciones simples y monótonas, que admitan pocos cambios. Pueden tener muchos amigos, pero, de algún modo, una auténtica proximidad nunca es posible. Hay una extraña ausencia de pasión, como si la vida fuera simplemente una especie de procedimiento que debe seguirse, incluso si esto implica sonreír, reírse y llorar en los momentos adecuados. Su discurso también es poco profundo, como si no se implicaran realmente en lo que están diciendo. Las identificaciones «como si» dotan de una especie de fuerza prestada y, a menudo, permiten a la persona destacar en su trabajo o entorno social. Su fragilidad reside en el hecho de que si la persona a la que copian se muda o se distancia, su punto de referencia clave desaparece y el sujeto puede quedarse sin su armazón.

En otro caso, un joven que había terminado su primer trabajo escrito en la universidad y estaba a punto de llamar a la puerta de su tutor para discutirlo con él, se quedó paralizado, invadido por lo que él llamó una «sensación indescriptible» de ansiedad. Un miembro del personal de la universidad le encontró, tiempo después, sentado junto a la puerta hablando solo, sin que, posteriormente, recordase lo que había estado diciendo. Su ulterior hospitalización no fue agradable, y se quejó del tratamiento desconsiderado que había recibido por parte de enfermeros y médicos, así como de la gran cantidad de fármacos

que le provocaron exceso de peso, estupor y mal olor.

Cuando lo conocí, muchos años después, seguía medicado, pero vivía en casa de sus padres, incapaz de hacer gran cosa, aunque cada vez más interesado en libros de psicología, que su hermana le proporcionaba. En los años de crecimiento nadie notó la más ligera anomalía o signo de los problemas que sobrevendrían. Había sido un buen estudiante que se relacionaba con otros niños y, después, empezó la universidad. Así que, ¿qué había sido lo que le había permitido funcionar tan bien hasta esa tarde? Mientras describía su infancia y adolescencia, banal y sin incidentes, quedó claro que lo que le mantuvo entero fue la identificación constante con sus compañeros. Se había limitado a hacer lo mismo que ellos, fijándose en uno o dos compañeros de clase y copiando su ropa, sus gestos, su forma de trabajar y sus aspiraciones.

La imitación le había permitido seguir con sus estudios, salir con unas cuantas chicas y practicar deportes en el colegio sin ninguno de los problemas que uno podría esperar de esos momentos significativos en los que «se es un hombre». Sólo era un niño —y, después, un adolescente— como cualquier otro, y fue mediante este proceso de reflejo imaginario como fue capaz de navegar en los peligrosos momentos de transición que salpican las vidas de los jóvenes. Durante sus vacaciones, cuando los otros chicos no estaban tan cerca, imaginaba lo que estarían haciendo y trataba de hacer lo mismo.

Esta serie de imágenes le sirvieron de apoyo hasta el momento en el que el encuentro con el tutor le hizo enfrentarse con un tercero. Sin recursos para reaccionar, la psicosis se desencadenó. Ya debía de haberse vuelto más frágil al dejar su casa y la escuela para ir a la universidad, donde no conocía a nadie y no contaba con apoyos identificativos inmediatos. En otro caso, un hombre describió cómo había imitado a un buen amigo en todo, copiando cada uno de sus gestos hasta que el otro cerró un día la puerta de su habitación para estudiar un examen. En ese momento, él empezó a estar seguro de que era a él a quien le habían quitado algo, que lo observaban y seguían, y que la gente quería matarlo. Privado de la imagen referente, su lugar como objeto se acentuó, y ya no podía defenderse de los ataques dirigidos contra él.

El vacío del compromiso emocional en estos casos debe distinguirse de las dudas neuróticas habituales sobre la propia identidad. Las personas neuróticas, a menudo, sienten que son falsas, que juegan al juego social aunque, en su fuero interno, lo desprecien, y tienen una sensación de ilegitimidad, como si no tuvieran un lugar en el mundo. Esta sensación de doble vida les crea un conflicto, pero en los casos «como si» nunca se da una lucha entre el «yo real» y el «yo social», como cabría esperar. Es una identificación sin conflicto. A

veces, otras personas pueden percibir su frialdad y superficialidad en las relaciones sociales, que pueden dar la imagen de una fobia al compromiso. De hecho, de algún modo, la persona sabe mantenerse alejada de situaciones que requieren una llamada a lo simbólico; aquéllas que, precisamente, implican compromiso.

Dichos casos nos muestran cómo lo imaginario —el registro de nuestra captura en imágenes— puede proporcionarnos mecanismos de apoyo en la psicosis. En un caso de psicosis infantil, un niño que era incapaz de construir un límite a su cuerpo, se trataba mediante su adicción a la televisión y las películas. Representaba a todos los actores, asumiendo una identidad y una figura mediante un proceso de imitación externa. En el caso de Stanley, descrito por Margaret Mahler y Paula Elkisch, este niño, que parecía incapaz de expresar emociones, comenzó a hacerlo de un modo totalmente polarizado: pasaba del pánico al éxtasis, como quien aprieta un interruptor. «Las emociones que Stanley parecía "encender y apagar", como un interruptor, las creaba él de un modo de lo más peculiar y bastante "desapasionadamente"». Como sabía que se esperaban determinadas expresiones emocionales de él y que tenía que cumplir, se limitaba a encenderlas y apagarlas.

Este proceso, en el que el sujeto psicótico «aprende» emociones, a menudo se ha descrito como si pudiera encender y apagar sus sentimientos dependiendo de las necesidades de la situación. Eissler describió un caso en el que «el sentimiento de falta de vida del paciente estableció una *tabula rasa,* por así decirlo, sobre la que el ego podía colocar la emoción socialmente requerida artificialmente, como un pintor pone el pigmento adecuado en el lienzo». La creación de estas emociones superficiales armoniza con los imperativos sociales de nuestra cultura hoy en día, que ven la emoción no tanto como un signo auténtico de nuestra vida interior, sino como un conjunto de conductas que hay que aprender. Si se nos entrena adecuadamente, aprenderemos competencias emocionales para ser capaces de mostrar la emoción «correcta». Lo que los analistas y psiquiatras de los años cincuenta consideraban un signo de psicosis, se ha convertido en una norma de subjetividad saludable.

* * *

La siguiente forma de estabilización que encontramos en la psicosis está asociada a la creación de ideales e implica el establecimiento de fórmulas para vivir. Genevieve Morel ha desarrollado esta idea, mediante la cual la persona construye un modelo basado en cómo se relacionan dos partes. Pueden ocupar uno de los dos lugares, pero, si

la fórmula se desmorona, se corre el riesgo de que se desencadene la psicosis y la persona experimente la sensación más salvaje y aterradora, la de ser abandonada y rechazada. Las formas más habituales de fórmula implican una relación entre madre e hijo, padre e hijo, y amante y amado. Tome la forma que tome, siempre supone algún tipo de compromiso.

El hecho de que una paciente psicótica fuera capaz de usar la fórmula «una madre se preocupa de su hijo» para organizar y regular su experiencia, fue crucial para la terapia. En su propia infancia, su hermano había sido idealizado y adorado por la madre, y su imagen se convirtió tanto en un punto de fascinación como de persecución. Toda la atención de la familia se centraba en él, mientras que a ella, al contrario, la «abandonaban» y no la cuidaban. Posteriormente, la paciente era incapaz de aceptar estar en el lugar de una persona amada, ya que esto reintroducía el dolor de su exclusión de la relación madre-hijo. «Ser amada» le resultaba profundamente falso, como había sido la enorme idealización del hermano por parte de la madre. Los pocos novios que tuvo los eligió porque le prestaban poca atención, y cuando le ofrecían muestras de amor, los dejaba.

Sus alucinaciones y otros fenómenos psicóticos perdieron intensidad en un momento muy preciso. Yo no me sentía bien y, algo extraño en mí, tuve que dejar de trabajar durante unos días. Ella estaba muy preocupada y tenía visiones en las que me cuidaba hasta que me curaba. Desde ese momento, su rol en la terapia fue maternal: me veía, me dijo, como su «pequeño», a quien podía cuidar y alimentar. El tono de las sesiones había cambiado considerablemente, pasando del ataque encarnizado a la solicitud más tierna. Su fórmula era, al mismo tiempo, una forma de situarse a sí misma en relación con el amor de su madre y una modificación del mismo: una ternura que no iba dirigida a la perfección, algo que habría sido insoportable, sino a la debilidad.

Más tarde, fue capaz de pasar al otro extremo de la fórmula. En lugar de verse como la madre, pasó a llamarse a sí misma «mi bebé» y, en ese momento, fui yo el que adoptó el rol de la madre. De nuevo, esta vez el lugar maternal no era persecutorio, sino benigno. Si escribimos la fórmula como una función matemática FXY, como sugería Morel, F designaría la naturaleza de la relación —en este caso, «cuidar»— x, el lugar de la madre e Y, el lugar del bebé: mientras pudiera situarse en una de las dos posiciones en relación con otra persona, la psicosis se mantenía estable.

Otro caso, comentado por Esthela Solano-Suárez, ilustra la lógica de la fórmula funcional. Un hombre de cincuenta años buscaba ayuda por lo que él llamaba «depresión». Durante unos cuantos meses, perdió todo interés por la vida, así como el apetito y el sueño. Su

cuerpo le parecía extraño. No comprendía lo que le pasaba y, de hecho, hacía poco que había ascendido en su trabajo. Tras un tiempo trabajando como empleado en una prestigiosa joyería, había sido promocionado al puesto de encargado. Pero esta codiciada posición se había convertido en una pesadilla: se sentía incapaz de gestionarla, abrumado por una sensación de vacío que le separaba de su cuerpo. El suicidio parecía la única salida.

En las sesiones de análisis habló de la muerte de su madre cuando tenía cinco años. No tenía conciencia de haber sufrido dolor por esta pérdida ni recuerdos de ella o de él mismo en esos años. Sus recuerdos comenzaban en el momento en que su padre le informó de la muerte de su madre. Este último le envió entonces a un orfanato, del que conservaba recuerdos, todos igualmente vacíos de afecto: hablaba de esos años como si fuera otra persona. No podía comprender cómo era posible que su padre le hubiera abandonado y por qué nadie de la familia había intervenido para asumir su cuidado.

Cuatro años más tarde, su hermana mayor le sacó del orfanato para llevárselo a vivir con ella. Veinte años mayor que él, acababa de perder a su único hijo, y ahora dedicaba toda su atención y cuidado a su hermano pequeño. Le daba todos los caprichos, despilfarrando con él todo el dinero que ganaba como prostituta. Tenía recuerdos felices de esta época y recuperó el placer por vivir. Posteriormente, él mismo se dedicó a la prostitución, vendiendo su cuerpo a un precio muy elevado a clientes privados muy ricos. Rápidamente, uno de ellos le ofreció un trabajo en una exclusiva joyería, y el paciente se convirtió en uno de los mejores vendedores.

El dinero era muy importante para él y la única satisfacción que encontraba en su trabajo como prostituto. En su vida privada, igualmente, sólo practicaba el sexo si pagaba por tenerlo. El dinero se intercambiaba por entretenimiento. Solano sostiene que se identificaba con su hermana como prostituta —la mujer para todos los hombres— y el intercambio de dinero jugaba un rol crucial. Comenta que él mencionó que la eligió como terapeuta porque era argentina, una palabra que contiene la palabra *«argent»,* «dinero», en la lengua materna del paciente. En este punto, las dificultades que experimentaba tomaron una nueva dirección. Por una parte, el nuevo puesto lo colocó en una posición paternal, sin que hubiera un significante correspondiente que lo respaldase. Por otra, el nuevo puesto le impedía llevar a cabo el trabajo cotidiano de intercambio con los clientes: las transacciones financieras ya no eran parte de su ocupación. Así, su mecanismo de compensación se veía cuestionado.

Solano le animó a que se adaptara a su nuevo puesto: podía ser el encargado, pero, al mismo tiempo, asegurarse de mantener el contacto con los clientes en la tienda. Al hacerlo, el paciente recuperó

la sensación de estar vivo y, de hecho, en la tienda se registraron las cifras de venta más altas de ese año. Por tanto, la fórmula suponía su relación con los otros, donde F indica el mecanismo de intercambio de bienes por dinero, y x e y el vendedor y el cliente. Es interesante comparar esta relación de dos lugares con el uso del significante «mierda», en el caso que hemos descrito en el capítulo anterior. En él, la paciente tenía que sufrir de incontinencia para protegerse de la amenaza invasiva de su padre. «Mierda» era el predicado que debía ir unido al sujeto, pero no la conectaba a ningún tipo de circuito con otras personas. Cuando se eliminó el sujeto, se desencadenó la psicosis. Si la fórmula funcional tiene la forma FXY, casos como el de la mujer que necesitaba soltar heces tiene la forma FX, siendo F la acción y x el sujeto. Hay que señalar también que los ejemplos de fórmulas funcionales conllevan un compromiso determinado con alguna forma de relación social, mientras que las de la forma FX, no.

* * *

Otro mecanismo habitual, documentado con frecuencia por analistas y psiquiatras, es la creación de un orden simbólico protésico, como para conectarse al sistema simbólico que uno nunca incorporó. Incapaz de acceder al sistema internamente, se busca directamente fuera. La literatura está llena de casos de personas que elaboran accesorios para máquinas o aparatos mecánicos que creen que están siendo controlados por máquinas, o que parecen incapaces de distinguir entre objetos animados e inanimados. En muchos casos, la máquina permanece en el nivel de una simple estructura binaria, adoptando la forma, por ejemplo, de un interruptor que se enciende y se apaga. Stanley podía pasarse horas dibujando interruptores que luego fingía encender y apagar. Posteriormente, se obsesionó con encender y apagar las luces, y, durante semanas, casi no hizo otra cosa.

La característica fascinante de estos casos es que los autores casi siempre interpretan estas relaciones como basadas en un modelo humano: las máquinas que capturan y aterrorizan al niño se consideran como concreciones de impulsos interiores, a las que se les sigue la pista hasta las relaciones con los padres y los cuidadores. La máquina se considera como un símbolo de alguien que ha sido importante para el niño. Margarita Mahler, por ejemplo, pensaba que las máquinas que aparecían en los casos de niños esquizofrénicos les permitían convertir una relación humana en una mecánica y, consecuentemente, dominar el factor amenazante de incertidumbre y diferencia.

En un libro innovador pero, desgraciadamente, olvidado, Harold Searles cuestionaba la lógica básica de este enfoque. En lugar de

asociar las máquinas y los objetos mecánicos a las personas, Searles sugirió que las consideráramos tan importantes como los objetos no-humanos: los niños, sostenía, necesitan una medida de estabilidad en su entorno no-humano, y sólo a través de esto pueden comenzar a construir la idea de los padres como organismos vivientes. Aunque no estemos de acuerdo con la última parte del argumento de Searles, éste vio algo absolutamente esencial: que los niños buscan en su entorno algo que es importante por el mero hecho de que no es humano, objetos o figuras que encarnan la dimensión de lo simbólico como tal, un orden simbólico que trasciende las relaciones humanas.

Para los neuróticos, estos elementos pueden utilizarse para reforzar la función del padre, como vimos con el pequeño Hans y Pagnol. Pero, en la psicosis, se puede recurrir de modo todavía más arcaico a la estructura mínima de lo simbólico en sí mismo, en forma de oposiciones binarias. Las máquinas que Searles estudió personificaban una ventaja y una desventaja elementales, y fue esto a lo que muchos niños se adhirieron. Sin un registro de la estructura binaria básica, el niño intentará acceder a ella desde el exterior o encarnarla él mismo, como ocurre en los casos en que una única acción se activa y se desactiva.

Hoy día lo observamos en el motivo habitual de incorporar elementos no humanos al cuerpo. El hombre de los seis millones de dólares,[3] Robocop o el héroe de ciencia ficción fantástica de *El chipprodigioso*,[4] todos se vuelven hombres mediante la introducción de un circuito ajeno y simbólico en el mismo tejido de sus cuerpos. La literatura infantil, asimismo, está llena de historias en las que un objeto mágico cualquiera confiere habilidades o poderes especiales a quien lo descubre. En todas estas historias, el elemento adicional no humano permite a la persona convertirse en quien es realmente, como si su verdadera identidad fuera una consecuencia de ello.

Estos sistemas podían adoptar la forma de máquinas y aparatos mecánicos, o de sistemas matemáticos, genealógicos o informáticos, por ejemplo. También podían implicar un trabajo de investigación de archivos o cualquier tipo de interpretación de documentos, a menudo, para estudiar o demostrar alguna forma de filiación. Por eso hay tantos psicóticos en las bibliotecas. Louis Sass describe a un paciente que formuló una estrategia para su conducta imitativa. Aunque el hecho de imitar puede evocar a los personajes «como si» que hemos mencionado anteriormente, en realidad él trataba de comprender cómo interactuaba la gente socialmente estudiando su conducta como un antropólogo. Esperaba descodificar los pasos que suponía hacer amigos para, así, diseñar nuevos «esquemas» para relacionarse en su ala del hospital. Explicaba cómo esto le permitiría ser una «máquina comunicativa» más eficiente.

El más famoso de estos casos es, sin duda, el de Joey. Cuando llegó por primera vez a la escuela de Bettelheim, parecía operar por control remoto, como un «hombre mecánico» que funcionaba mediante máquinas y con corrientes a su alrededor. Intentaba meter los dedos en los enchufes y, cuando se lo impidieron, comenzó a tender cables imaginarios para conectarse a tomas de corriente. Esto se volvía especialmente importante a la hora de las comidas, ya que sentía que su aparato digestivo sólo podía funcionar si estaba conectado a la corriente. Mientras que Bettelheim interpretaba que estos cables lo personificaban y le unían a la fuente de sus emociones, nosotros podemos interpretarlos como intentos de acceder al entorno no humano: la mínima forma de lo simbólico que necesita sobrevivir.

Existen muchos modos posibles de acceder a lo simbólico protésico y podemos colocar un espectro en uno de cuyos extremos se encuentran esas actividades que forman parte de una cultura y que apuntan a una reforma social o a la creación de un mundo nuevo y, en el otro, las que simplemente tratan de conectar el cuerpo a la forma mínima de estructura binaria. Muchas personas diagnosticadas con el síndrome de Asperger son, de hecho, psicóticos que han encontrado una solución en este sentido, limitando sus intereses a una sola actividad, a menudo, simbólica, como para condensar lo real —su experiencia de excitación física— y lo simbólico en un punto.

La idea de Schreber de un nuevo Orden del Mundo es un ejemplo de la creación de una red pseudosimbólica que tuvo como resultado el establecimiento de un sistema de tipo legal y la limitación de la libido: la elaboración de su sistema se produce al mismo tiempo que disminuye su sufrimiento físico. Al principio, este orden se sostenía a sí mismo y Dios, simplemente, no se interponía, no interfería en el destino de los individuos. El sistema, por tanto, contaba con una estabilidad que no se veía afectada por la voluntad arbitraria de ningún organismo, humano o divino. El capricho divino estaba bajo control, como si un sistema «más poderoso que Dios» regulase la distancia entre el sujeto y la voluntad potencialmente malévola y poderosa de éste.

Dichos sistemas a menudo se construyen alrededor de un punto ideal —para Schreber, engendrar una nueva raza— que puede rastrearse hasta la madre. Los intentos de crear orden alrededor de este punto pueden llevar implícitas ideas de salvar el mundo o mejorarlo. El objetivo, como señala Colette Soler, es vincular la libido al principio de orden. Esto muchas veces se sitúa en el futuro, lo que permite a la persona existir en el presente. Recordemos que, hasta para Schreber, la raza que estaba destinado a engendrar sólo ocurriría después, haciéndose eco del deseo de su mujer y de él mismo de tener «hijos en el futuro». Es muy peligroso que un sujeto psicotico pierda la

idea de un futuro, a menudo, inducido por un terapeuta con buenas intenciones que trata de hacerle más «realista» o más feliz aquí y ahora.

En una ilustre serie de estudios, Soler ha mostrado cómo Jean-Jacques Rousseau creó su propio simbólico compensatorio. Rousseau trató de modificar lo que él consideraba un desorden del mundo, denunciando la moral corrupta de su tiempo —en un verdadero estilo paranoide—y, posteriormente, proponiendo soluciones sociales para purificarlo. Para el padre de Rousseau, su hijo fue la causa de la muerte de la madre. La cuestión de esta responsabilidad imputada pudo haber contribuido a la posición de protesta de Rousseau: la culpa forcluida volvió del exterior, a lo real, para crear el delirio de que todos conspiraban contra él. En sus escritos, sitúa esta «mala» libido en el Otro y trata de ofrecer un orden ideal como remedio. Cuando el orden que viene determinado por lo simbólico ha sido forcluido, el paranoico crea uno nuevo.

Aunque en ocasiones pueda parecer un delirio, es perfectamente compatible con el verdadero cambio social. El impacto de Rousseau en la civilización occidental es innegable, y también podríamos recordar aquí a James Tilly Matthews, cuyo «Telar Aéreo» ya hemos mencionado. Matthews fue capaz de convencer al gobierno francés, a principios de la década de 1790, de que era capaz de negociar la paz con Inglaterra, y, al principio, sus esfuerzos diplomáticos fueron tomados totalmente en serio. En Bedlam, fue un negociador y mediador capaz, que resolvió conflictos entre miembros del personal y pacientes, y persuadió a la Cámara de los Comunes de que realizase una investigación relativa al estado del hospital. Admitió que existía un fallo en el mundo y propuso soluciones, primero a través de la diplomacia internacional, y después en el contexto local de la gestión del hospital en el que estaba recluido.

Si en algunos casos se crea un orden nuevo, en otros se recurre a uno existente. Puede adoptar la forma de la misma ley, pero entendida en un sentido literal. De ahí las psicosis contenciosas y quejumbrosas tan conocidas en la psiquiatría del siglo xix y principios del xx. La persona inicia procesos judiciales, amenaza con pleitos, pone reclamaciones a las autoridades públicas. Su posición siempre es la de víctima inocente de algún agravio o injusticia, y se recurre a la ley para restaurar la justicia y corregir un fallo en el mundo. El fracaso legal, amenudo, sólo da lugar a más pleitos y apelaciones, debido a lo convencido está el sujeto de la injusticia y de la capacidad de la ley para corregirla. El sujeto psicótico se ha convertido a sí mismo en el instrumento de una idea de justicia o de cualquier otra causa abstracta.

En este caso, la ley no es un organismo interiorizado, sino una

estructura externa a la que la persona recurre. Mientras que en la neurosis la ley es, en muchos sentidos, metafórica y opera como un principio de limitación que no puede reducirse a una simple afirmación, en la psicosis puede identificarse con palabras específicas u órdenes. El psicoanalista Guy Trobas da una serie de ejemplos: «El incesto», dijo uno de los sujetos analizados, «está prohibido por la ley, pero yo no lo sabía cuando era joven». «El incesto», dijo otro, «está prohibido por la policía... , uno puede acabar en la cárcel por ello». La prohibición del incesto se pone a la altura de una prohibición legal, y no de una fuerza abstracta más estructural. Observamos la misma reducción de la ley a lo literal en otro de los ejemplos de Trobas: «No tengo derecho a seducirte, porque estás casado». La ley aquí dicta su propia lógica, en contraste con la confusión moral del neurótico, que puede tener una aventura y, después, padecer a causa de los efectos inconscientes de la prohibición.

Gérard Pommier observa que en la psicosis existen al menos dos caminos: crear una denominación a través de una actividad o un trabajo, o eliminarla a través de un ideal que requiere el sacrificio de uno, a menudo motivado por el bien de la humanidad. El motivo del sacrificio puede ser el modo de introducir una carencia, una negación de la libido, pero también puede funcionar de otros modos. Algunos psiquiatras y psicoanalistas han observado que, en algunos casos, uno tiene la impresión de que el sufrimiento del paciente permite a otra persona existir, como los dos polos de una ecuación. Esto puede reflejarse en la creencia de que si el paciente vive, otra persona morirá, o puede adoptar formas más sutiles. Podemos recordar el caso que mencionamos en el capítulo anterior, aquél en el que la paciente pensaba que debería haber muerto para que su abuelo viviese. En otros casos de esquizofrenia es como si la propia locura y tormento exteriorizase lo que el progenitor no reconoce: tiene que enloquecer para que el progenitor sobreviva. En este caso, el paciente ocupa el lugar de objeto para el Otro, completándolo, quizá, condensando la libido del propio progenitor. Louis Wolfson percibió una equivalencia entre su psicosis y el hecho de que a su madre le faltara un ojo, como si su locura fuera lo que le permitiese no ser consciente de su aflicción. Esta ecuación tenía eco en lo que él denominó su «neurosis cardíaca»: puesto que era el único hijo de su madre y, como ella decía, su «razón de ser», si él desaparecía, ella también lo haría.

Este acto de compensación arroja luz sobre otro detalle del relato de Wolfson, que encontramos en muchos casos de psicosis: la sensación de gula. Wolfson se sentía sumamente avergonzado cuando comía vorazmente, y esto le traía pensamientos suicidas. La idea de la propia glotonería a menudo resulta insoportable para los psicóticos, como si se tratara de un acto criminal, literalmente. Pero, ¿por qué es

tan problemático satisfacer un apetito oral? ¿Por qué genera más culpa que los momentos, por ejemplo, en los que se ataca o insulta a otra persona? La respuesta, quizá, es que las dos cosas son una y la misma. Gomo dijo una joven esquizofrénica al describir su relación con su terapeuta: «Te he vigilado atentamente mientras me cuidabas para ver si adelgazabas. Quería asegurarme de que no te quitaba demasiado». Sin que exista un tercero simbólico, el mundo se reduce al propio yo y al otro: lo que uno tiene es de lo que carece el otro, y viceversa.

El relato de Wolfson de su psicosis ilustra no sólo este motivo de sacrificio, sino también la importancia de la escritura y la denominación. La escritura puede ser un modo de acceder a lo simbólico protésico y es extraordinario ver cuánta gente quiere escribir libros. Los agentes literarios y los editores están inundados de manuscritos, y los periódicos y las revistas nacionales publican anuncios de talleres de escritura con regularidad. El hecho de que estos anuncios aparezcan en primera página es una indicación del alcance del mercado, y uno podría sospechar que casi todos los adultos del país tienen alguna aspiración de este tipo. Escribir es increíblemente importante para el sujeto psicótico, ya que tiene una función apaciguadora. Si la cadena simbólica está dañada en la psicosis, la escritura ofrece un modo de reparar, de anudar, de reunir las palabras y la libido.

En ocasiones, la escritura trata de crear un sistema puramente formal. Louis Wolfson buscaba un conocimiento sobre las lenguas, describiéndose a sí mismo, como hemos visto, como «el estudiante esquizofrénico de lenguas». Vivía solo en una habitación, tratando desesperadamente de evitar la voz de su madre, una tarea casi imposible, puesto que había identificado la totalidad de la lengua inglesa con ella. Le resultaba insoportable tanto escuchar el inglés como hablarlo. Sentía que tenía que eliminar el inglés que llevaba dentro, ya que invadía su cuerpo por cada una de las aberturas del mismo: las orejas, los ojos, la boca y el ano, todas eran vías de acceso para los horribles ataques. Cerrar estos orificios corporales con tapones o con los dedos no era suficiente para interceptarlo, puesto que ya había penetrado. Ni siquiera escuchar retransmisiones en lenguas extranjeras con auriculares era una defensa adecuada. Las palabras escritas en inglés tenían el mismo efecto persecutorio, y se sentía invadido, independientemente de que su madre estuviera físicamente presente o no.

Para protegerse, desarrolló un nuevo lenguaje, lo que él llamó un «arma lingüística», un sistema para transformar las palabras en inglés «casi instantáneamente» en un híbrido de alemán, hebreo, francés y ruso. Traducir a una sola lengua no habría sido efectivo, explicaba,

porque eso permitiría que las palabras individuales en inglés sobreviviesen. Su labor, al contrario, era «aniquilarlas», incapacitándolas para que le atacaran en el futuro. Así, podía descontaminar la voz de su madre dividiéndola en palabras o sílabas, traduciendo éstas con su propio sistema de normas lingüísticas, utilizando las distintas lenguas y, por tanto, generando nuevas palabras y frases. Se estaba usando un sistema lingüístico para generar una negatividad exactamente donde lo simbólico no había conseguido hacerlo. AI mismo tiempo, este sistema operaba en el aspecto interpelativo del lenguaje que hemos mencionado anteriormente: era capaz de tener esto bajo control por medios artificiales. Wolfson publicó los escritos de su experiencia en francés, no en inglés; vivió en Nueva York, se mudó a Canadá tras la muerte de su madre y, después, a Puerto Rico, donde parece ser que ganó la lotería en 2003 y se convirtió en millonario.

El sujeto psicotico, en este caso, encuentra la estabilización mediante una transformación del lenguaje, y, a menudo, observamos que en la esquizofrenia se crean dichos sistemas. Lacan estaba especialmente interesado en Joyce en este contexto, y sostenía que el escritor había encontrado una solución a la forclusion a través de su trabajo, haciéndose un nombre, ya que su padre no había conseguido transmitirle uno. Desgraciadamente, la mayoría de los comentarios lacanianos sobre Joyce se limitan a repetir banalidades y evocar los mismos ejemplos aburridos. El estudio de Genevieve Morel es una de las excepciones, y examina detenidamente la experiencia de Joyce con el lenguaje. Muestra cómo a Joyce se le imponía el lenguaje, y que contaba con pocas barreras para defenderse de la dimensión invasiva de las palabras. Repetía conversaciones entre su padre y su tío sin ni siquiera saber lo que significaban las palabras y, en 1981, escuchó la voz de su padre después de que hubiera muerto. Sus «epifanías» también giran en torno a fragmentos de lenguaje, como si extractos de conversaciones que escuchaba tuvieran una cualidad enigmática que tenía que poner por escrito. En lugar de evitar esta dimensión del lenguaje, la estrategia de Joyce fue enfatizarla: se convirtió a sí mismo en receptor de todos los discursos que escuchaba, sin aislarse para escribir, sino haciéndolo a menudo en la cocina, rodeado de mujeres que charlaban. Se abrió a la intrusión del lenguaje, creando sus libros a partir de lo que se le imponía.

Aunque estos trabajos le dieron un nombre, como señaló Lacan, quizá también tuvieron otra función. Es sabido que Joyce comentó que sus libros mantendrían a los estudiantes ocupados durante cientos de años. Podemos considerar este comentario como una forma de promocionar su nombre: Joyce, el escritor, pero, por supuesto, también le permitió una inflexión de la función del receptor que

hemos mencionado. Más que ser el objeto del discurso él mismo, podía transmitirlo, a través de sus obras, a la comunidad de lectores que las estudiaban. En cierto sentido, les había pasado un enigma, aunque no en su forma original. Había llevado a cabo un trabajo no sólo en el lenguaje, sino en la función del receptor incluida en el mismo.

Si bien una obra como *Finnegans Wake* puede desconcertar y fascinar a los lectores, a menudo observamos cómo las creaciones esquizofrénicas del lenguaje surten un efecto similar. En este caso la prueba consiste en construir un metalenguaje, un lenguaje dentro del lenguaje, que puede adoptar la forma de un lenguaje sobre otro lenguaje. Hay una lógica potente en estos proyectos, puesto que si la persona padece de la omnipresencia del lenguaje, de su presencia invasiva y sin mediación, ¿qué mejor estrategia que construir una defensa del mismo material que lo ataca? En ocasiones, estas invenciones cambian el mundo, como vemos que ocurre con los lenguajes informáticos y otros sistemas matemáticos y formales, así como con determinadas invenciones en el campo de la literatura y la poesía. Como en el caso de Wolfson, que percibía el lenguaje como invasivo y persecutorio, se lleva a cabo una operación *sobre* el lenguaje, un modo de hablar del lenguaje y cambiar el lugar de uno mismo en relación con él. En muchos de estos casos, como comenta Sass, no se vive el lenguaje, sino que «se contempla como algo aparte». Clínicamente, es importante reconocer este hecho y no asumir que un paciente debe utilizar el lenguaje para comunicarse; al contrario, para el paciente puede ser crítico convertir el lenguaje en algún tipo de objeto, sistema o herramienta, por muy extraño e idiosincrásico que pueda parecer.

Muchas veces, estas operaciones lingüísticas equivalen a la construcción de grupos. La persona agrupa elementos de un lenguaje natural o de otra índole e introduce un orden él. Un niño esquizofrénico con el que trabajé se pasaba meses catalogando flores de acuerdo a sus propias taxonomías, con reglas especiales para la creación de cada clasificación, que iban desde el color hasta el hecho de que el nombre de la flor empezara por la misma letra. Probablemente no era casual que el nombre de su madre fuera también el de una conocida planta, y podemos interpretar sus esfuerzos como intentos de generar grupos donde la metáfora paterna no había estado disponible para llevar a cabo esa tarea. Este proceso, después de todo, crea un grupo a partir de los significantes del deseo de la madre, compilándolos mediante la introducción del padre y la significación fálica: en lugar de plantear un enigma al niño, se le da un significado. En ausencia de esta construcción, muchos sujetos psicóticos gestionan el deseo del Otro inventando sus propias

variedades de formación de grupos. Agrupar elementos no sólo proporciona un orden, sino que pone límites y barreras que son cruciales para la seguridad de la persona.

Estas transformaciones pueden transmitir significado —como la obra literaria—, pero también pueden vaciar de significado, reducir el lenguaje a un sistema algebraico de signos inaccesible para los demás. Una paciente esquizofrénica propuso que, en lugar de describir los fenómenos psicóticos que la atormentaban, utilizaría un sistema numérico para relatar sus experiencias. Acepté su propuesta y, con cierto humor, comenzó a crear su nuevo código: 15 era la experiencia de que sus compañeros invadieran su mente, era la sensación de que su cuerpo se disolvía, 17 eran ideas paranoides de que la perseguían. Esta numeración tuvo el efecto de vaciar de significado, reduciendo la intensidad de los fenómenos a través de la formación de un nuevo código, uno que se construía, en lugar de venir impuesto por otra persona. Durante esos años, nos reímos mucho, y me pregunto si esto no constituiría un ejemplo en sí mismo de lo que podríamos denominar, por tomar prestada la expresión de Jung, una «metamorfosis de la libido».

La idea de la creación artificial de un sistema simbólico también puede ayudarnos a explicar los efectos de algunas formas de terapia. El trabajo de Marguerite Sechehaye con Renée, en su momento, se tomó como ejemplo de cómo un caso serio de esquizofrenia puede estabilizarse con un trabajo psicoterapéutico prolongado y cuidadoso. Cuando Sechehaye se encontró por primera vez con su paciente, ésta ya había visto a quince psiquiatras, que le habían dado un pronóstico deprimente de desintegración psíquica. Padecía de lo que parecía ser una psicosis alucinatoria crónica, con alucinaciones auditivas, disociación de ideas, estados catatónicos y retraimientos autistas. Tras aproximadamente diez años de terapia, Renée fue capaz de vivir y trabajar de manera independiente, comenzó a estudiar biología, se graduó y recibió un premio académico, publicó artículos muy elogiados y consiguió sentir algo de satisfacción por el hecho de estar viva. Sechehaye utilizó una técnica que ella llamó «realización simbólica», en la que, literalmente, se convirtió en la fuente de alimento de Renée, dejando que su paciente comiera manzanas de su pecho y utilizando los gestos y el movimiento para dramatizar las interacciones que ella sentía que Renée estaba buscando.

Sechehaye pensaba que Renée tenía que pasar por un período en el que sus demandas orales se vieran satisfechas, a diferencia de lo que le ocurrió en su infancia, durante la cual, a causa de una serie de desgracias, había sufrido muchas privaciones. Aunque habían añadido

demasiada agua a la leche que le daban de niña, sus lágrimas y el hecho de que rechazara el biberón sólo se tradujeron en un diagnóstico de estómago «delicado», para el que propusieron como remedio que la leche se diluyera aún más. La presciencia de su abuela la salvó de morir de inanición: al percatarse de lo que le ocurría, cambió el régimen de Renée y le proporcionó el cariño y la alimentación de los que la esquelética niña claramente carecía.

La repentina marcha de la abuela, cuando Renée tenía once meses, supuso un shock terrible para la niña, que gritaba y lloraba, golpeándose la cabeza y buscando desesperadamente a su cuidadora desaparecida. El sadismo de su padre, el nacimiento de sus hermanos y el fracaso del matrimonio de sus padres agravaron esta desgraciada infancia y, al alcanzar la adolescencia, ya tenía delirios, creía que se había creado un «sistema» para destruir el mundo y rechazaba la comida como un castigo por un crimen atroz que había cometido, pero que era incapaz de precisar.

Durante los años de terapia con Sechehaye, los fenómenos psicóticos primarios se mitigaron, y los cambios fueron visibles no sólo para la paciente, sino también para sus familiares y cuidadores. No hay duda de que se produjo una transformación espectacular, pero, ¿cómo se explicaba? Los que han comentado el caso tienden a atribuir el éxito terapéutico al cariño de Sechehaye por la paciente: fue su devoción total, sostienen, lo que permitió a Renée recuperarse y encontrar un interés renovado por la vida. Pero, como observó Sechehaye, esta actitud de «madre amorosa» no estuvo presente durante toda la terapia y fue la presencia adicional, afirmó, de las satisfacciones simbólicas, lo que otorgó a la terapia su poder real. Puesto que los traumas de Renée habían ocurrido en un estadio anterior al del lenguaje verbal, ella necesitaba una respuesta no verbal concreta. Incapaz de revivir literalmente su infancia, demandaba reparación de un modo simbólico.

Pero, cuando releemos el caso con una interpretación diferente del término «simbólico», vemos que lo que caracterizó casi todas las interacciones con su terapeuta fue la presencia de la simulación. Mientras Sechehaye le ofrecía a Renée un pedazo de manzana, le decía: «Es hora de beberse la rica leche de las manzanas de mamá. Mamá va a dártela», con lo que Renée se apoyaba contra ella y presionaba la manzana contra su pecho antes de comérsela. Sechehaye se dio cuenta de que este proceso alimenticio tenía que ser orquestado, tenía que ocurrir a ciertas horas del día y ser diseñado de un modo bastante preciso con su paciente. Lo que inventaron juntas no fue tanto la obtención de satisfacción por medio de la comida, sino una especie de injerto de fantasía. Y fue en ese momento cuando Renée pudo experimentar «la sensación de realidad» por primera vez.

Las manzanas crudas se convirtieron en manzanas cocidas en agua, después, en manzanas asadas en leche, después, en gachas de cereales con leche, sopas, bocadillos, etc., pero cada innovación tenía que ir precedida del ritual con el pedazo de manzana cruda de su pecho, como para confirmar el estatus simbólico de la interacción, su artificialidad. Nunca pidió más o menos manzana, como para confirmar su mínimo valor simbólico. En el código que crearon, las manzanas sustituían a la leche materna y Sechehaye amplió este repertorio de interacciones simuladas. Dio a Renée una carta «de» un conejo muerto con el que ella estaba encariñada, fingió que las muñecas y las figuras inanimadas eran seres reales, dándoles de comer, cuidándolos, etc. El tratamiento completo se condujo como una especie de juego —aunque, tremendamente serio— que volvió a iniciar a Renée en la función de lo simbólico.

Al fin y al cabo, sólo somos capaces de fingir con un sistema de signos, haciendo creer que una cosa sustituye a otra y reconociendo la naturaleza convencional de los elementos lingüísticos. Lo que el tratamiento consiguió fue iniciar a René no tanto en la leche materna o en las posibilidades de encontrar satisfacción en la comida o en el amor maternal, sino en el funcionamiento simbólico. Quizá, no fue casual que Sechehaye hubiera asistido a las conferencias innovadoras de Ferdinand de Saussure sobre lingüística y que sus notas, junto con las de su esposo Albert, acabaran formando parte de la edición del trabajo de Saussure, que tanto influyó en la lingüística y en las ciencias humanas del siglo xx.

* * *

Todos los ejemplos de formas de estabilización que hemos comentado son compatibles con la siguiente forma, que gira en torno a la lógica de la excepción. La persona crea un espacio, normalmente para ella, pero, en ocasiones, para otro ente de una naturaleza excepcional, uno no incluido en un grupo. Como dijo uno de los pacientes de Manfred Bleuler: «Soy lo que el mundo exterior ha perdido». Para Schreber, era el lugar especial de ser el humano elegido por Dios. Para uno de mis pacientes esquizofrénicos era el lugar de ser un guardia de tráfico único, uno al que la gente no odiase. Para otro, era el lugar de ser no un paciente o un amigo, sino un ayudante excepcional, no comparable a ningún otro. En lugar de considerar estos ejemplos como casos de megalomanía, la clave es reconocer la necesidad del sujeto de construir un lugar para sí mismo que le permita existir. En su momento, los Jesucristosy los Napoleones fueron habituales en las instituciones mentales, y todavía encontramos con frecuencia Jesucristos, que no suelen quejarse por tener que hacer tareas

domésticas. Como vimos anteriormente, un papa o un emperador pueden hacer la colada sin problemas, ya que suele preocuparles más establecer la naturaleza milagrosa de su misión que hacer realidad sus efectos.

¿Cuál es la lógica que se sigue en estos casos? Si se rechaza el significante especial del padre, el psicotico puede verse arrastrado a crear otro, siguiendo el principio de que lo que se excluye en lo simbólico vuelve en lo real. Para ello, el sujeto tiene que crear un grupo o encontrar uno, en relación al cual tendrá un lugar especial y excepcional. Una de mis pacientes describió cómo nunca podía estar «en» un grupo, en el trabajo o en su vida social, sino que sólo podía ser «de» un grupo, ocupando una posición externa. «No es una sensación de exclusión», dijo, cuando se dio una situación en la que parecía que otro había ocupado su lugar, «puesto que la exclusión sólo puede darse si la inclusión es una posibilidad. La inclusión con humanos es una imposibilidad categórica. No estoy en el ámbito de la inclusión o la exclusión». Esta relación de transferencia tempestuosa y difícil se atenuó gradualmente cuando empezó a imaginarse a sí misma habitando «un cobertizo al fondo de tu jardín». Esta posición excepcional, ni de inclusión ni de exclusión, le dio un lugar en el que estaba a salvo, tanto en un sentido topográfico como lógico, uno al que podía poner un nombre: «la loca del jardín». Estaba claro que se trataba de una necesidad lógica más que empírica, ya que ella sabía perfectamente que no tenía jardín.

Augustin Ménard da un ejemplo de esta lógica en su libro sobre la invención en la psicosis. Su paciente era una mujer de treinta y cinco años ingresada por una seria pérdida de peso que ponía en peligro su vida. Su anorexia sólo había comenzado unos meses antes, tras un intento de suicidio que había acabado en cirugía e ingreso en el hospital. Era incapaz de hablar de lo que le había ocurrido, de su familia o de los acontecimientos de su vida, pero, poco a poco, introdujo una jerarquía en el mundo de los alimentos: alimentos prohibidos, alimentos tolerables y alimentos autorizados. Empezó a mejorar y a hablar más con su psiquiatra, revelándole sus temores de que determinados alimentos estuvieran envenenados. Pero, unas pocas semanas después, al parecer, había vuelto a comer con normalidad y le había dicho al psiquiatra que para comer sin correr riesgos, debía haber un único alimento prohibido. Este alimento prohibido «sagrado» era la naranja.

Gomo en el Nombre del Padre, éste era un principio organizador simbólico, un punto de excepción a partir del cual organizar su mundo, aunque no sabía nada sobre él. El hecho de que fuera capaz de empezar a hablar y a comer al mismo tiempo indica que, hasta entonces, las palabras y los alimentos eran demasiado reales para ella.

Al introducir el punto de excepción, se volvieron posibles. La naranja era el significante de excepción, que incluía una negatividad, quizá la misma negatividad que ella había tratado de encarnar con su acto suicida unos meses antes.

Podemos comparar este caso con otro en el que un hombre, perseguido por una mirada omnipresente, fraguó una solución para su espantosa situación. Salir de casa le resultaba aterrador y prácticamente imposible a causa de la mirada malévola y persecutoria de todos los que estaban fuera. Durante la terapia, ocurrió algo extraño. Comenzó a explorar grandes almacenes, anotando la posición y el movimiento de las cámaras de seguridad. Calculó los puntos exactos en los que quedaba fuera de la vista de las cámaras y comenzó a robar pequeños artículos de esos lugares. Aunque era un delito, para él se trató de un momento positivo: fue capaz de sustraerse de la mirada del Otro, de crear un espacio de separación, en lugar de estar pegado a los significantes invasivos del Otro, que siempre le estaban vigilando.

Había creado un punto de excepción, no tanto un principio organizador, como en el caso anterior, sino un espacio separado del mundo de significantes en el que podía contar con un espacio mínimo donde estar. Louis Wolfson describe un proyecto similar. Al sentir la mirada invasiva de los guardias de seguridad de la Biblioteca Pública de Nueva York, sin mencionar la terrible presión de la lengua inglesa, empezó a pensar en cómo podía robar un libro. Con gran ingenio, diseñó un sistema que le permitiría intercambiar tarjetas de la biblioteca para sustraer cualquier volumen que escogiera. Así, creó un espacio vacío en el entorno opresivo en el que vivía que, quizá, le permitió sobrevivir.

Es interesante mencionar la proximidad entre la lógica de la excepción en la locura y la lógica de la feminidad: ¿acaso no implican ambas ocupar un lugar único, excepcional? ¿Podría ser ésta una de las razones por las que el sujeto psicotico —ya sea hombre o mujer— gravita tan a menudo hacia la posición femenina?

Podemos contrastar la perspectiva de la lógica de la excepción con la idea de que en los primeros años de la infancia hay una sensación de discordancia, de no encajar, de no tener un lugar en ningún sentido. Esto, sin duda, le ocurre en algunos momentos a todos los niños, y tiene una serie de causas: no eran deseados, se percibían como una carga o una intrusión, etc. Puede argumentarse que el niño psicótico toma la decisión de interpretar esta sensación de discordancia racionalmente: no encaja porque es excepcional, porque tiene una misión, porque tiene un parentesco real. La sensación de no tener un lugar puede transformarse, de este modo, en un sentido poderoso de tener un lugar, de tener una misión, como en algunos de

los casos más famosos de asesinos de instituto. Por otra parte, también hay otros muchos casos en los que el sujeto psicótico comienza su vida teniendo un lugar demasiado grande, por ejemplo, sustituyendo a un hijo muerto o como salvador o perseguidor de un progenitor. Quizá sea el mismo peso de este significado lo que le resulta insoportable a estos niños.

Las últimas dos formas de estabilización que vamos a comentar a menudo vienen unidas: tienen que ver con actividades de limitación y denominación, y con la creación de un modo nuevo y único de unir lo simbólico, lo imaginario y lo real, lo que Lacan denominó el *«sinthome»*. Los psicóticos a veces se curan a sí mismos, como hemos visto, limitando la libido, y esto puede conllevar la invención de algún objeto nuevo que les permita localizar la libido fuera del cuerpo, utilizando un punto que resulte especial para ellos para encontrar una solución. Este proceso, a veces, está vinculado aun receptor, alguna persona, grupo o comunidad con la que la persona está conectada mediante la invención.

En este caso, la idea psicoanalítica es una versión sofisticada de la historia de Dumbo el elefante. En la película de Disney, este pobre paquidermo sufre el rechazo y la calumnia, tanto por parte de humanos como de animales, a causa de sus enormes orejas. Sin embargo, las mismas marcas de desaliento se convierten en el instrumento de éxito: cuando Dumbo se da cuenta, con la ayuda de su amigo el ratón Timoteo, de que las orejas le pueden servir como alas para propulsarlo en el aire, se convierte en la estrella del circo. Su carencia se convierte en virtud, y le permite vivir con una dignidad renovada. Aunque es un cuento para niños, la lógica de la película de Disney ilustra el concepto de Lacan: la transformación de lo que le aflige a uno en su modo de vida, no suprimiéndolo, sino explotándolo, aprendiendo a usarlo.

Observamos el mismo proceso en el caso de Joyce, exactamente mediante la explotación de lo que le afligía: las voces que se imponían se convirtieron en la misma materia de su identidad literaria. Los superhéroes que habitan el mundo de los niños y los adolescentes consiguen sus poderes de un modo similar. Leyendo los perfiles de cientos de superhéroes y villanos en la *Enciclopedia Marvel,* vemos cómo cada uno toma su nombre de alguna experiencia devastadora de pérdida, dolor u horror: la muerte de un padre, un accidente nuclear, haber sido salvado de bestias salvajes, haber sido abandonado de niño, etc. En lugar de reprimir ese momento, éste queda grabado directamente en su nombre, como si se identificara con el sello o la marca que se le impone, sin resistirse o negarlo. Es este sello el que les da una dirección en la vida, incluso si ello conlleva cierto aislamiento.

Auna de mis pacientes sus padres le dijeron claramente que no había sido una niña deseada, y esto la marcó en muchas relaciones posteriores. Sus padres no se habían andado con rodeos: su nacimiento, dijeron, «había sido un error». A lo largo de su vida se había visto involucrada en situaciones en las que «no era deseada, sólo tolerada», y su psicosis se desencadenó en el momento en el que su pareja le dijo que no quería el niño que estaban esperando. En la solución que construyó muchos años después, se reinventó a sí misma cambiándose el nombre a otro que escrito sonara como si un extranjero lo pronunciara mal. Así, tomó lo que era un error de modo bastante literal —la pronunciación incorrecta de su nombre— y lo convirtió en un recurso. En lugar de sufrir por este error, lo transformó en el principio de su identidad, una identidad que ahora utilizaba para una forma de trabajo creativa.

En otro caso, observamos un desplazamiento de un estilo «como si», de identificaciones conformistas, a un cambio de nombre. La chica que mencionamos anteriormente, que se convirtió en prostituta para evitar la interacción social, describió cómo, posteriormente, su imitación de los otros la ayudó a «inventar a alguien nuevo» y se puso a sí misma un nombre nuevo: «Emily». «Sólo comencé a existir con Emily. Ese fue el nombre que me permitió sobrevivir». «Porque no existía antes. Todos esos años anteriores estuve muerta. Pero, ahora, con Emily he podido inventar un pasado y un presente, fabricarlo todo». Esto la ayudó a mantenerse a flote durante varios años, pero resultó ser más frágil de lo que parecía cuando la gente comenzó a hacerle preguntas, curioseando en los detalles de su vida privada.

En ocasiones, el nombre no es el nombre real de la persona, sino una palabra que cumple la misma función, abotonando el lenguaje y la libido corporal. En un caso, un largo período de terapia dio como resultado la invención de una nueva palabra —*«Vemaebel»*— de la que la paciente se sentía muy orgullosa y que la protegía. Podía designarla a ella, al terapeuta o cualquier situación en la que ella se encontrase. En sí misma, la palabra no tenía ningún significado convencional, pero, aun así, era increíblemente importante para ella. Cuando las cosas se ponían difíciles, o me enviaba un mensaje con la palabra o la escribía en un pedazo de papel. Varios meses después de acuñar esta palabra, la paciente inventó otra —*«Michmuch»—,* y los dos neologismos le permitieron no sólo poner un nombre donde no existía ninguno, sino hacer un binario mínimo. Por extraño que parezca, los momentos de creación de estas dos palabras fueron decisivos en la terapia, y marcaron el inicio de la disminución de sus alucinaciones.

Recordemos ahora la importancia de los procesos de denominación en el complejo de Edipo, que hemos comentado en el capítulo Si el neurótico dice «sí» a la función paternal, el deseo de la

madre puede ser designado. Pero si, en la psicosis, el sujeto dice «no», éste tendrá que inventar su propio nombre o nombres para precisar los aspectos enigmáticos y amenazantes del Otro. Distintos casos de psicosis muestran constantemente este esfuerzo creativo, puesto que se producen nuevas palabras que designan, especifican y limitan, en lugar de simplemente describir. En el caso que hemos comentado en el capítulo anterior, el sujeto no sólo hacía listas de sus problemas, sino que ponía un nombre a esas listas —sus «rumias»—. En este caso, poner nombre es comparable a la construcción de grupos, ya que un grupo tiene que tener una denominación, lo que ya constituye un progreso importante, similar a la construcción de un metalenguaje. Devaluar este trabajo de denominación es, a la vez, cruel y peligroso.

Esta importancia de los nombres explica otro aspecto de la psicosis. A algunos sujetos psicóticos les parece muy útil recibir un diagnóstico, una etiqueta que otros sujetos rechazan por considerarla un sinsentido pseudocientífico, un intento invasivo de catalogarlos y clasificarlos. Los investigadores de la salud siguen intentando averiguar qué es mejor: poner etiquetas o abstenerse de ponerlas. Pero está claro que la importancia y el valor de una etiqueta dependerá de cada individuo. Para algunos, la etiqueta puede tener una función denominativa, como una grapa que sujeta cosas, y, por tanto, puede resultar útil. Para otros, que la perciben como intrusiva y alienante, no será bien recibida. La clave es tener una idea de qué lugar tiene el nombre en cada economía subjetiva.

Inventar un nombre puede formar parte de un tipo de estabilización que Lacan denominó el *«sinthome»,* una forma de vincular lo real, lo simbólico y lo imaginario, que siempre lleva implícita algún tipo de creación. También puede ser simplemente un objeto fuera del cuerpo, situado como un punto excepcional. En un caso descrito por Eric Laurent, un joven explicó en su primera consulta que era el hijo no reconocido de un hombre de negocios que acababa de morir en el extranjero. Sabía que este hombre era su padre por su madre y por una carta que recibió de él. Al enterarse de la noticia por un periódico local, fue inmediatamente a la embajada del país en cuestión y pidió que se le reconociera como ciudadano y como el hijo del hombre. Como prueba de filiación, mostró el artículo del periódico y la carta. Después de este episodio, fumaba muchísimo hachís para poder sobrellevar su existencia. Trabajar le resultaba muy difícil, ya que pensaba que la gente hablaba de él, y sus relaciones estaban marcadas por los fenómenos psicóticos: veía una calavera en la cara de la chica que le gustaba y su propio esqueleto a través de su piel cuando practicaba el sexo. Durante la terapia, fue capaz de construir algo a partir del material mínimo que suponía su único recuerdo de infancia: viajaba en transporte público y tenía una botella

de agua en la mano o al lado. Este era su único recuerdo, ni más ni menos.

Vivía en una pequeña habitación en el último piso de un edificio, justo encima de su madre y, a menudo, sentía que sus vecinos le controlaban y perseguían. Su habitación se encontraba al lado de los baños, que goteaban, y comenzó a ordenar sus pensamientos en torno a este punto —la cisterna, el agua, la cadena— y detallaba y describía con gran cuidado y atención los modos en los que podía funcionar mal. Se lo explicaba a los distintos vecinos que hasta ese momento se habían entrometido, enseñándoles las distintas posibilidades y detalles, mostrándoles lo que no funcionaba bien y erigiéndose en cuidador de la cisterna. Además, creó un sistema de distancias: al vecino al que se sentía más cercano, lo llamaba desde su propia habitación; al otro, desde un teléfono público en la calle, que consideraba que estaba suficientemente lejos de su casa. Se había convertido en el maestro de su edificio, y Laurent señala que el padre del paciente había trabajado en el campo de la educación. Como observa Laurent, había creado un objeto fuera del cuerpo, y construyó un conocimiento en torno a él que le permitía dirigirse a los que, hasta ese momento, no había sido capaz hacerlo.

En otro caso, descrito por Ellen Corin, un joven que vivía en un oscuro sótano con las cortinas echadas todo el día, explicó que siempre había estado marginado. Se quejaba de que sus padres eran tacaños y fisgones, y de que sus compañeros de clase se burlaban de él diciendo que era gay. «La gente es horrible», le dijo a Corin. «La gente te observa, te mira fijamente ...»; el rasgo organizador clave de su vida era escuchar retransmisiones de radio de onda corta y tratar de identificar las emisoras. Compilaba información de las emisoras y la anotaba cuidadosamente en un registro, cogiendo señales de Sudamérica, los Estados Unidos y Canadá. La radio era el aparato, señala Corin, que le permitía introducirse en una red virtual de personas, participar en un circuito de comunicaciones y elaborar una especie de mundo social desde su habitación. Utilizaba lo que la cultura le ofrecía para transformar una posición de distancia del mundo social en una forma de participación. Como el paciente de Laurent, no sólo había creado algo, sino que había vinculado su creación a un receptor.

El énfasis aquí no se pone tanto en reintegrar a la persona en roles o normas sociales establecidas, sino en ayudarla a adoptar un estilo de vida: como observa Corin, a explorar los modos de relacionarse y tomar perspectiva del mundo, «del contenido al estilo». Corin describe con precisión el modo en que los sujetos psicóticos que salen del hospital tratan de crear modos de vida, a menudo, sentándose en lugares públicos y caminando por sitios en los que pueden mezclarse

con la gente sin tener que interactuar con ellos necesariamente: estar ahí, pero a una distancia segura. Pueden ir al mismo restaurante o parque del banco a la misma hora del día, creando un sistema privado de coordenadas, su propia geografía. Un intercambio de opiniones aparentemente vano con el camarero de una barra o el empleado de una cafetería puede suponer una parte crucial de este sistema de anclaje. Se relacionan con los demás sin tener que comprometerse en relaciones interpersonales. Algunos prefieren los espacios anónimos, como los centros comerciales o las calles llenas de gente. El ritmo y la rutina, como señala Corin, son cruciales en estos casos y deben respetarse.

Una de mis pacientes acudió a un gimnasio durante años no para entrenarse, sino simplemente para decir «Buenos días» al chico de la recepción. No le gustaba, pero para ella constituía una garantía de que el mundo era estable. Un día, al no verlo allí, empezó a tener alucinaciones. Lo único que ella quería, decía, era verlo, para saber que estaba allí, ya que era el único punto de consistencia en el que ella podía apoyarse. Este intercambio mínimo de palabras tenía una función vital para ella, como si todo fuera a derrumbarse sin él. No deseaba conocerlo mejor, no quería tener ningún tipo de relación con él, y este hecho puede ser malinterpretado por parte de los profesionales neuróticos, que asumen que todos debemos estar ávidos de contacto humano.

Sin embargo, es crucial hacer la distinción entre mezclarse e interactuar. Empujar a un sujeto psicotico a tener lo que el terapeuta considera relaciones humanas «genuinas» puede resultar desastroso y no toma en absoluto en consideración la importancia que la persona puede haber inscrito a las distancias en su mundo. Lo mismo se aplica al modo en el que la persona puede haber dividido el espacio exterior. Las particiones psicóticas del espacio a veces se confunden con fobias —de hecho, incluso la misma persona lo hace—. Una agorafobia, por ejemplo, puede funcionar como una división básica del mundo en dentro y fuera, bueno y malo. Esta estructuración elemental del espacio puede constituir una respuesta al agujero de la psicosis y, por tanto, es crucial mantenerla, como reconocía la vieja psiquiatría con su consejo de no tratar de eliminar las fobias monosintomáticas. Si alguien ha padecido una fobia que ha organizado su vida durante décadas, el profesional debe pensárselo muy bien antes de intervenir de cualquier modo. Eduardo Weiss contó que Freud tenía un paciente agorafóbico al que curó de su fobia, lo que acabó provocando que se desencadenara la psicosis. Se estabilizó cuando se restableció la fobia por medio de la hipnosis.

Es interesante comparar las invenciones que hemos mencionado con las que, a menudo, aparecen antes en el proceso psicotico. Cuando

alguien siente que sus pensamientos, emociones y acciones son fabricadas o manufacturadas por un agente externo, que es una marioneta de una fuerza exterior que puede ponerle en movimiento o abandonarlo en cualquier momento, aveces cree que esto ocurre mediante algún tipo de máquina o aparato. Tausklo denominó la «máquina de influencia», un aparato que podía controlar los pensamientos y las sensaciones corporales de la persona a distancia, mediante corrientes de aire, electricidad, ondas de radio o magnetismo.

En cierto sentido, esto constituye, en sí mismo, un intento de autocuración, puesto que proporciona una explicación para los síntomas que la persona padece. ¿De qué otro modo puede explicarse el extraño hurto o intrusión en el cuerpo o la mente? En este tipo de razonamiento se recurre a la sabiduría popular o el conocimiento científico disponible. En algunos casos, sin embargo, el sujeto psicotico inventa un mecanismo que *él,* y no el agente externo, controla. Gomo con las muñecas rusas que hemos mencionado antes, aquí se produce una inversión, como si la persona encontrase un medio para dejar de ser un objeto a merced de alguna fuerza exterior y pasar a controlarla.

En el caso de Joey, al principio él era un objeto a merced de la electricidad y de las corrientes que pasaban a través de él. Sus dibujos muestran su cuerpo, construido a partir de una corriente eléctrica que se origina en otra parte y pasa a través de él. Tras trabajar con el equipo de Bettelheim, dejó la escuela, a la que volvió tres años después, llevando con orgullo una máquina que había construido él mismo. Era un artefacto especial para transformar la corriente alterna en corriente continua. Así, había pasado de ser una víctima de la electricidad a ser su maestro o, al menos, su ingeniero. Como el hombre de la cisterna, Joey había encontrado un modo, a través de su psicosis, de traer al mundo objetos nuevos que transformaban la persecución en creación.

Muchas de las formas de estabilización que hemos comentado pueden coexistir, y, de hecho, parece probable que siempre haya más de una operando en la vida del sujeto psicótico. Las soluciones son como puntos de sutura que mantienen unida la realidad, aunque, para esto, rara vez basta con un solo mecanismo. Si el sistema ilusorio de Schreber le permitía reestructurar su experiencia, su amor por su mujer, sólido y continuado, también era crucial para él, así como escribir sus *Memorias.* Como veremos en los siguientes capítulos, en los que analizaremos algunos célebres casos en detalle, las redes de distintas soluciones o compensaciones se van construyendo con el tiempo. Estas protegen al sujeto psicótico y le permiten continuar con su vida. Aunque el énfasis esté más en lo simbólico —mediante la

construcción de un metalenguaje— o en lo imaginario —mediante algún aspecto de la imagen corporal—, siempre hay un intento de tratar lo real, la experiencia de pensamientos intrusivos o sensaciones corporales que amenazan con abrumar al sujeto.

Estos mecanismos e invenciones pueden ayudar al sujeto a llevar una vida tranquila y sin incidentes, de hecho, podemos argumentar que la vida normal no es más que una serie de soluciones para poder soportar lo real. No existe una norma definitiva, sólo múltiples formas de creación.

9. AIMÉE

El 18 de abril de 1981, una joven se acercó a la famosa actriz Huguette Duflos a la salida del Théatre St-Georges de Paris, en el que actuaba en una obra llamada *Todo va bien.* «¿Es usted Mme. Duflos?», preguntó, y cuando la actriz respondió afirmativamente, la joven sacó un largo cuchillo de caza de su bolso y la atacó con él. El cuchillo seccionó los tendones de la mano de Duflos, y la atacante fue sometida rápidamente por los tramoyistas y los viandantes. Internada primero en un calabozo en St-Lazare durante dos meses y, después, en el hospital en Ste- Anne, la paciente recuperó el control de una manera asombrosa. Se preguntaba cómo podía haber hecho algo así. ¿Cómo se le había podido ocurrir atacar a Duflos? Su pasión homicida parecía haberse apagado y había sido reemplazada por una extraña tranquilidad. ¿Cómo era posible que una locura tan aterradora hubiera dado un giro tan espectacular hacia la paz y la calma?

El caso de Marguerite Anzieu —conocida como Aimée, a propósito de la protagonista de una de sus novelas— nos permite estudiar en detalle no sólo el desencadenamiento de la psicosis, sino también su aparente transformación en «cordura» . Esta cuestión estará presente a lo largo de los dos siguientes capítulos, los que los casos que analizaremos muestran una cierta estabilidad externa, incluso conformidad social, a pesar de la presencia de una psicosis subyacente. ¿Qué puede hacer posible esta especie de metamorfosis? ¿Debemos considerarla como una especie de hibernación sostenida o, por el contrario, como el resultado de una de las operaciones de estabilización y creación que hemos comentado?

Fue Anzieu la que llamó la atención de un joven psiquiatra, Jacques Lacan, en Ste-Anne. Lacan tenía treinta y un años en ese momento y estaba trabajando en su tesis de medicina sobre el tema de la «paranoia de autocastigo». En esos años, la psiquiatría francesa estaba ocupada elaborando una clínica diferencial, definiendo las variedades de psicosis y sus distintos síntomas, las presentaciones clínicas y los diagnósticos. Lacan ya estaba fascinado por la teoría freudiana y la utilizaba como un nuevo modo de enfocar el debate del momento en torno a la clasificación psiquiátrica. Del mismo modo que el psicoanálisis había descrito a los neuróticos que cometen un crimen a raíz de un sentimiento de culpa preexistente para infligirse un castigo, Lacan pensó que la búsqueda del castigo podía definir una determinada forma de psicosis.

Cuando conoció a Anzieu, en junio de 1981, le pareció que había encontrado el caso clínico que estaba buscando. Ahí tenía a un sujeto psicotico, que claramente había tenido delirios, que aparentemente había intentado cometer un homicidio y que, sin embargo, no mucho después se había transformado en el vivo retrato del remordimiento y la humildad. Parecía que el castigo que había recibido había tenido un poderoso efecto en su locura, como si, de algún modo, lo que había buscado con sus acciones hubiera sido, precisamente, el reconocimiento de su culpa. Aunque era sólo uno de los cuarenta casos en los que se basaba su tesis, Lacan la vio casi todos los días durante un año y medio, dedicando gran parte de su tesis a un estudio detallado de la vida de Anzieu. El detalle clínico en el que se enfocó fue el momento de cambio, el punto en el que el delirio de Anzieu pareció evaporarse.

Esta cuestión también es crucial para nuestro propio debate sobre la locura, ya que pone de relieve los procesos que pueden transformar la imagen visible y llamativa de la psicosis en algo más encapsulado y contenido. Marguerite pasó varios años en un hospital tras su arresto, sin cometer actos violentos ni mostrar una conducta que hubiera podido considerarse como socialmente inaceptable. Recientemente, se han descubierto documentos que describen su encarcelación como «calmada», y a ella como una «buena trabajadora» que a menudo pedía que la liberasen. Fue trasladada de Ste-Anne a Ville-Evrard en 1938 y puesta en libertad en 1943. Ejerció como camarera de pisos y señora de la limpieza, y nunca más llamó la atención de la psiquiatría o la justicia. Murió en 1981.

Marguerite Pantaine nació en julio de 1893 en el seno de una familia de campesinos en la región francesa de Cantal. Fue la cuarta en nacer y, después de ella, vinieron otros tres hermanos. La primogénita había muerto a los cinco años, en diciembre de 1890, y un bebé nació muerto en agosto de 1891. Marguerite pasó la mayor parte de sus primeros años de vida bajo el cuidado de su hermana mayor, Élise, que tenía cinco años más que ella, hasta que Élise se marchó para trabajar con su tío. Al hablar de su infancia, Marguerite se describía como una *«garonniére»,* una especie de marimacho que jugaba, sobre todo, con sus hermanos y se daba el capricho de «soñar despierta en soledad». Tenía un vínculo especial con su madre —lo que ella llamaba «un vínculo exclusivo»— y muchos años después dijo: «Debería haberme quedado con ella». Hiciera lo que hiciera, su madre la seguía queriendo. «Éramos como dos amigas», dijo, al explicarle a Lacan cuánto se arrepentía de haberse separado de su madre.

Marguerite a menudo le daba guerra a su «tiránico» padre, siendo la única de la prole en cuestionar su autoridad. Se empeñaba en hacer

las cosas a su modo en pequeños detalles, como el modo de cortarse el pelo o de hacerse el nudo de su cinturón, y tuvo un estatus especial entre los niños y algunos privilegios de su madre, como tener su propia ropa de cama especial, con la consiguiente envidia de sus hermanas, un hecho que seguían recordando con amargura treinta años después, cuando Lacan las entrevistó. Era la única en la que descansaban las esperanzas maternales, la única con posibilidades de tener éxito. En este punto ya se aprecia la idea de cargar un peso sobre sus hombros, uno cuyas coordenadas se aclararán más adelante.

Según el mito familiar, Marguerite nunca estaba lista a la hora, era lenta y llegaba siempre tarde a todo. Tuvo buenas notas y, a los trece años, fue la primera en asistir a una escuela laica que quedaba cerca de su casa, donde asumieron que haría carrera como maestra. Fue admitida en una escuela de preparación para maestros, pero, a los dieciséis años, no aprobó los exámenes, algo que sorprendió a todos y detuvo su progreso. Este fracaso se asoció con el «drama» de la muerte de una amiga muy querida, que más tarde fue el tema del manuscrito de un libro escrito por ella llamado *Le Détracteur*.

Es en este momento de su historia cuando Lacan localiza las primeras señales de que se encuentra en dificultades. A partir de ese punto, habla de su necesidad de tener lo que Lacan denominó «guía moral», una guía que sus maestros no le habían dado. Su familia estaba preocupada por ella y parece que, al menos a partir de este momento, empieza a preocuparle la idea de estar destinada a algo más importante. Encontró trabajo en correos y se fue a vivir con su hermana Elise y su tío Guillaume, ya casados, en una pequeña ciudad de provincias. Fue durante esta breve estancia cuando Marguerite se enamoró por primera vez. Conoció a un poeta mujeriego —lo que ella llamó un *«poétereau»*— e inició una relación con él. El era una especie de Don Juan local y, más tarde, ella descubrió la crueldad de que su primera relación sexual no había sido más que el objeto de una apuesta con sus amigos.

Como le iba muy bien en su nuevo puesto y había aprobado con nota un examen administrativo, Marguerite fue trasladada a otra ciudad en la que pasaría tres años, durante los que mantuvo correspondencia con el poeta, que se había convertido en «el único objeto de sus pensamientos». Aislándose cada vez más, no le contó a nadie nada acerca de este profundo amor, que continuaba, parece, sin que se hubieran visto en todo ese tiempo. Después, se mudó a Melun, donde ocurrieron dos cosas muy importantes: su amor por el poeta se convirtió en odio —«Por lo que a mí respecta, puede morirse», dijo. «Pasé rápidamente del amor al odio»—y conoció a una mujer, C de la N, por la que se sintió fuertemente atraída.

C de la N provenía de una familia aristocrática venida a menos.

Era dominante y altanera, hablaba a menudo de su noble familia y ejercía una influencia coercitiva en el personal de la oficina. Para Marguerite ella era diferente, especial, no como «todas esas chicas hechas en serie *(toutes ces filies faites en série)».* G se comportaba como si fuera social y moralmente superior a todos los que la rodeaban y, a su lado, Marguerite se sentía «masculina», despreciando su propio sexo. A pesar de la cercanía a su nueva amiga, y aunque estaba a su sombra, Marguerite no estaba totalmente dominada por ella. Se «guardaba para ella una parte de sí misma» cuando estaba con C, fuera cual fuera su proximidad, explicó: «Siempre mantuve un jardín secreto». Por tanto, existen dos hilos conductores diferentes en la vida de Marguerite: el de la marimacho —*«garonniére»,* con la idea de una identidad masculina, y el del jardín secreto y soñar despierta en solitario, la parte de ella misma que se guardaba para sí. Durante este período, Marguerite habla de su «curiosidad por el alma masculina».

A los veinticinco años, Marguerite se casó con René Anzieu, un hombre «totalmente contrario a cualquier cosa inútil, decorativa o creativa», y que mostraba lo que Lacan describió como «equilibrio moral y seguridad práctica». La influencia de C en el matrimonio fue clara, aunque se interrumpió cuando fue trasladada a otra ciudad. ¿Por qué eligió a René como marido?, preguntó Lacan. «Si no me hubiera casado con él, otra lo habría hecho», respondió Marguerite. Este período estuvo marcado por muchos problemas: cada vez pasaba más tiempo en silencio, en ocasiones, semanas, y la asediaban los celos. Tenía extraños accesos de risa, sufría de frigidez y se lavaba las manos compulsivamente. En este período también leyó mucho. Esta nefasta situación empeoró cuando, unos ocho meses más tarde, su hermana Élise, que acababa de perder a su marido, se mudó con ellos, una llegada que Lacan describe como «probablemente, el acontecimiento más determinante de su vida».

Élise opinaba sobre todo y pronto se convirtió en el miembro dominante de la casa. Estaba especialmente resentida a causa de su frustrada maternidad. Le habían hecho una histerectomía, pero sentía «una profunda necesidad de ser madre», según su hermana. Elise «siempre estaba en contra» de Marguerite, a la humillaba y arrebataba su lugar, aun así, ella alababa las cualidades y virtudes de su hermana mayor. Fue, literalmente, suplantada, como su entorno posteriormente confirmó. La intrusión de su hermana en su casa le resultó particularmente interesante a Lacan, que se preguntaba ¿por qué lo aceptó?

Incluso si las circunstancias podrían haber hecho que pareciera necesario, a Lacan le sorprendía lo difícil, incluso, imposible que le resultaba a Marguerite reprochar a Elise que invadiera su espacio. Simplemente, parecía aceptarlo, negándose a quejarse, y viviendo en

lo que él llamó una «lucha silenciosa» con su hermana. El arma más potente de Elise, observó Lacan, no era tanto su propia autoridad, sino la conciencia de su hermana, y fue la combinación de su lucha con la autoridad de Elise, su reconocimiento de las cualidades de su hermana y su propia humillación lo que otorgó ese particular carácter a la psicosis.

A los veintiocho años, Marguerite se quedó embarazada, y es en ese momento cuando observamos el primer desencadenamiento real de la psicosis, aunque podemos sospechar que las cosas empezaron a ponerse difíciles tras su matrimonio. Ahora creía que la gente la calumniaba y hablaba a sus espaldas, que sus compañeros de trabajo conspiraban contra ella, que la gente por la calle cotilleaba y los periódicos hacían alusiones a ella. Marguerite interpretó algunos fenómenos, como que su hijo estaba en peligro: «Quieren que mi hijo muera». «Si el niño no vive», dijo, «ellos serán los responsables». Tenía pesadillas con ataúdes y, en una ocasión, le rajó las ruedas de la bicicleta a un compañero, le tiró a su marido una jarra de agua y una plancha y le echó en cara que había estado con otra persona. Cuando evocaba su conducta durante este período, se refería a sus «melancolías».

Trágicamente, el bebé de Marguerite, una niña, nació muerto, estrangulado por el cordón umbilical. En este momento, cristaliza un nuevo delirio: veía su antigua amiga C de la N como responsable de la muerte de la niña, y la persiguió. Dio la casualidad de que C había llamado poco después del parto para interesarse por el estado de Marguerite, y ésta lo había interpretado como una señal. Le había parecido extraño en el momento, pero ahora lo entendía. Interrumpió inmediatamente su correspondencia con C, atribuyéndole la culpa exclusivamente a esta mujer por la que antes se había sentido tan fascinada. También dejó de practicar la religión. Es justo en este momento cuando la propia madre de Marguerite empieza a tener delirios, convencida de que la muerte de un animal de granja se debe a los deseos malévolos de un vecino.

A los treinta años, Marguerite vuelve a quedarse embarazada, y está deprimida y ansiosa, malinterpreta todo, ve malas intenciones en su entorno. Cuando el bebé, Didier, nace, se dedica por completo a él, aunque sigue quejándose y siendo hostil. Siente que todo supone una amenaza para su hijo y, en una ocasión, le monta una escena al conductor de un coche que pasa demasiado cerca del carrito. Después de cinco meses, Elise asume el control de la casa, deleitándose en su nuevo rol maternal. Posteriormente, ésta le dijo a Lacan que había encontrado consuelo a su esterilidad al convertirse en la madre del hijo de Marguerite. Pronto, René descubre que su mujer ha solicitado un pasaporte para emigrar a los Estados Unidos.

Marguerite dimitió de su trabajo y empezó a planear un viaje a los Estados Unidos para buscar fortuna como novelista. Lo hacía, dijo, por su hijo. Las cosas empeoran progresivamente y, en este momento, a los treinta y dos años, la ingresan por primera vez. Durante esta primera hospitalización, que duró seis meses, pensaba que era una gran novelista y que su hijo iba a ser embajador. El hospital registró que «se había marchado sin estar curada», y sus delirios continuaron: la gente se burlaba de ella, la insultaba, la acusaba de «no tener valores», de ser una «depravada». Estaba convencida de que «ellos» querían quitarle a su hijo, aunque el motivo y los detalles no estaban claros. Estaba confusa respecto a quiénes eran sus enemigos y creía que estaba destinada a «algo más grande», aunque esto también era impreciso.

Fue durante este difícil período cuando acudió a determinado novelista para denunciar la «injusticia» de su hospitalización, que estaba diseñada, creía, para separarla de su hijo. La idea de un destino mayor o vocación continuaron inquietándola, y decidió que debía averiguar más sobre el lugar especial que se le había dado. Para ello, Marguerite se muda a París, donde, tras largas jornadas laborales, estudia, pasa mucho tiempo en bibliotecas, se examina del bachillerato, bebe mucho café y vuelve a casa con regularidad para ver a su hijo, que permanece con su marido y su hermana. En este momento, su delirio empieza realmente a tomar forma.

Marguerite sabe que será una gran escritora y «condena los pecados de artistas, poetas y periodistas» que fueron responsables de la guerra, de asesinatos y de la corrupción de la moral. Escritores y artistas como Sarah Bernhardt y Colette están corrompiendo la sociedad, persiguiendo sus fines egoístas de gloria y placer. Denuncia «la despreocupación de las madres frívolas» y se da cuenta de que su misión es crear una «hermandad entre pueblos y razas», un «reino de mujeres y niños» y el «fin de la maldad», en el que «el amor del género humano» florecerá. Todos irán vestidos de blanco y no existirá la guerra. Lo conseguirá escribiendo, convirtiéndose en una *«femme de lettres et de sciences»* que sembrará pureza y devoción. Se creará un «reino de bondad».

El sistema ilusorio de Marguerite incluía, por tanto, el tema de la persecución —su hijo está amenazado— y el de la grandeza —ella es la agente de la reforma social—. Hay que recordar que Lacan veía a Marguerite todos los días, dialogaba con ella detenidamente, pero fue sólo al cabo de un año cuando ella le habló del contenido de su delirio, asegurándose de cambiar de posición las sillas de la habitación para evitar el contacto visual. Esta reticencia debe hacernos aumentar la cautela con respecto a los diagnósticos psiquiátricos rápidos, a menudo, realizados en función de cuestionarios y no de diálogos

largos y detallados. La mayoría de la gente que tiene delirios no comentará sin más cuál es su sistema de creencias, y puede llevar meses o incluso años de minucioso análisis descubrirlo.

Huguette Duflos se encontraba bastante arriba en la lista de objetivos de Marguerite, que creía que ésta trabajaba para Pierre Benoít, un conocido autor que había sacado a la luz los detalles de la vida privada de Marguerite en sus libros. Benoít había pasado de ser alguien que potencialmente podía ayudarla, a una figura más amenazante, no sólo aludiendo a ella en sus escritos, sino enviando espías para plagiar su trabajo, copiando sus novelas no publicadas y sus cuadernos. Hasta creía que había todo un periódico, *L'Oeuvre,* que se dirigía específicamente contra ella. Cómo se estableció el vínculo entre Duflos y Benoít no está claro, aunque la actriz había representado a uno de los personajes del escritor en la adaptación a la pantalla de uno de sus libros que Marguerite había visto.

La amenaza que Marguerite percibía estaba más dirigida a su hijo que a ella. Pensaba que si le ocurría algo, sería por su culpa, se convertiría en una «madre criminal», ya que no había detenido a los perseguidores a tiempo. Lacan señaló la curiosa lógica de su creencia: si bien todos los pensamientos persecutorios se centraban en la amenaza de hacer daño a su hijo, en realidad, cuando él estuvo enfermo o en peligro a ella no pareció preocuparle demasiado. En dos ocasiones se creyó que el niño tenía apendicitis, pero a ella no pareció afectarle. Esto puede indicar, de hecho, que la clave para Marguerite estaba en la *idea* de que se le hiciera daño a un niño, no en el hecho empírico de que su hijo Didier sufriera algún daño, y a menudo observamos este curioso rasgo en los delirios. Por citar otro caso, una mujer que creía que era una madre con el deber de salvar niños, oía una voz que le decía: «Piensa en los niños primero y tú estarás bien». Sin embargo, como ella comentó: «En realidad pensé muy poco en mis propios hijos». El delirio se estructuraba en el nivel de las representaciones, de las ideas, más que en los personajes reales, empíricos, de su vida.

Pero, ¿por qué Duflos? Lacan le hizo esta pregunta más de cien veces. Sabía que mientras fueron amigas, C de la N había mencionado que la actriz era vecina de su tía, lo que la situaba en la esfera de los seres de la alta sociedad que C, de algún modo, encarnaba. Pero, ¿por qué suponía Duflos una amenaza? Al final, pareció surgir una respuesta. Un día, cuando Marguerite estaba en el trabajo preguntándose de dónde venían las amenazas a su hijo, oyó que alguien mencionó el nombre de Duflos. Ahora lo entendía. Recordó cómo, en su trabajo anterior, en una ocasión los compañeros de la oficina habían elogiado a Duflos, y Marguerite había comentado que era una «puta». Debía tratarse de una venganza, ahora se daba cuenta.

Y en el momento en el que Marguerite llegó a París, Duflos aparecía en todos los periódicos, debido a un juicio por un contrato teatral. Al verlo, había sentido ira por la importancia que se le daba a la vida de los «artistas».

Creía que Duflos se estaba burlando de ella, ridiculizándola en sus actuaciones, pero no creía que la actriz operase sola: alguien más poderoso debía de «apoyarla», y esta persona era nada menos que Pierre Benoít, el hombre al que había recurrido para que la salvara y reconociera su valía literaria. Aunque no pensaba que fueran amantes, se imaginaba que entre ellos existía un vínculo muy fuerte. Percibimos cómo su atracción va en dos direcciones: primero, hacia Benoít y, después, hacia el príncipe de Gales, a quien enviaba un soneto todas las semanas. Era su amor platónico y él ocupaba el lugar de la autoridad benevolente. Es interesante que el motivo de la persona que la apoyaba recibiera mucha menos atención en el delirio que el del perseguidor, quizá, debido al hecho de que a menudo es menos probable que el sujeto psicotico hable de sus defensores, por miedo a poner en riesgo sus efectos benignos y positivos.

La habitación de Marguerite estaba repleta de imágenes del príncipe y él había recibido un aluvión constante de cartas y poesías. Le instaba a actuar como su paladín, advirtiendo al mundo de los peligros de la corrupción. Este tipo de veneración platónica había sido descrita con precisión por el psiquiatra Maurice Dide, y conllevaba fidelidad prolongada y devoción, aunque no solicitaba encuentros ni relaciones sexuales. Recordaba la adoración que había sentido durante tres años por el poeta mujeriego, que se había convertido en el «único objeto de sus pensamientos», a pesar de que no había hecho ningún esfuerzo por volver a verlo. Marguerite no firmó nunca sus cartas al príncipe hasta justo antes de atacar a Duflos, y Lacan estudió con cuidado la cronología de su construcción ilusoria.

Aunque el delirio de la amenaza de Didier se había desarrollado a lo largo de cinco años, no fue hasta un par de años antes del ataque cuando había sentido que necesitaba «hacer algo». Para cumplir con su destino no bastaba con escribir novelas, tenían que publicarse, lo que obligaría a sus enemigos a retirarse. Escribió dos novelas, *Le Détracteur,* con una heroína llamada Aimée, y *Saufvotre respect,* pero el mundo editorial no se portó bien con Marguerite. Una serie de incidentes durante este período indican lo crucial que era este proyecto literario para ella. La denunciaron ante la policía por acosar a un periodista, unos seis meses antes del episodio Duflos, con la intención de que publicara un artículo sobre Colette, y había atacado a un empleado de la casa editorial Gallimard después de que rechazara uno de sus manuscritos. También puso una serie de denuncias a Pierre Benoit ante la policía. A lo largo de este tiempo, su

preocupación por la seguridad de su hijo fue en aumento, y soñaba que lo ahogaban, asesinaban o secuestraban. Finalmente, envió sus novelas al príncipe de Gales, su máximo salvador.

Su terror por lo que ella percibía como un ataque inminente a la vida de su hijo fue aumentando. Si le ocurriera cualquier cosa, repetía, sería por su culpa: «Seré una madre criminal». Las nubes que anunciaban tormenta, dijo, se avecinaban. Pósters por todo París advertían a Benoit de que si continuaba amenazándola, sería castigado. En marzo, compró un cuchillo largo de caza y se decidió a enfrentarse a su enemiga cara a cara: «¿Qué pensaría Duflos», se preguntó, «si no estuviera lista para defender a mi hijo?».

Fue en abril de 1981 cuando atacó a Duflos, en un momento en el que se suponía que tenía que estar visitando a su hijo. El vórtice persecutorio parecía estar en su punto álgido y, sin embargo, poco después de su ingreso, el delirio se desinfló. «¿Cómo pude pensar eso?», se preguntó con asombro. Los motivos de erotomanía y megalomanía ahora le parecían absurdos. ¿Cómo podía haber pensado que Duflos quería hacerle daño? De nuevo, en el preciso momento en el que ingresan a la hija es cuando se desencadena la psicosis de la madre: está convencida de que sus vecinos son malignos y de que son responsables de todo el drama que está viviendo Marguerite.

* * *

Así que, ¿cómo interpretó el caso Lacan en 1983? Además de interesarse por la idea de una nueva categoría diagnóstica, se interesaba por la cristalización del delirio. ¿En qué momento exactamente se había añadido o sistematizado cada elemento? ¿Qué unió o cuestionó sus pensamientos? ¿Cómo reescribió su pasado para que concordase con sus delirios? ¿Qué fenómenos de la memoria entraban en juego? ¿Por qué, por ejemplo, eran tan escasos sus recuerdos en los que los perseguidores clave se habían introducido en sus delirios? Lacan le siguió la pista a estos detalles meticulosamente.

Para él, la clave etiológica residía en la relación de Marguerite con su madre y su hermana. La hermana había ocupado el lugar de una madre para ella, pero de un modo invasivo, insoportable. Fue ella la que cuidó de la joven Marguerite y la que, después, se mudó con ella, asumiendo el control de la casa y de su hijo. Marguerite no admitía conscientemente esta terrible proximidad, y de ahí la tendencia centrífuga de su delirio: siempre eran personas de fuera de la familia las que suponían una amenaza. Incapaz de expresar su reproche a Elise, éste regresó como el motivo persecutorio del delirio. El mecanismo que gobernó su locura fue la proyección: las ideas que no

podía tolerar venían de fuera. Su ataque a Elise se convirtió en los ataques de sus perseguidores a ella misma.

Esta hermana poderosa ofrecía la imagen de la mujer que ella no podía ser y que ocupó literalmente su lugar. Después de que Elise se mudase con ella y René, Marguerite dijo que ella era la que debía marcharse, permitiendo a René «rehacer su vida con otra persona», con Elise. La odiaba, pero, como sostenía Lacan, aspiraba a ser ella, y esta furia quedaba patente por el modo frío en el que elogiaba a Elise. Era incapaz de asumir subjetivamente la ira que sentía hacia la hermana que la había suplantado. Elise era su «más íntima enemiga», dice Lacan.

Más o menos un año después de que se publicara el caso, Lacan añadió en sus escritos: «Su ambivalencia afectiva hacia su hermana organizaba todo el comportamiento autopunitivo del caso Aimée. Si bien durante su delirio Aimée transfirió las acusaciones de su odio amoroso a varias figuras sucesivamente, lo hizo en un intento de liberarse de esta primera fijación, pero este intento estaba condenado al fracaso: cada uno de sus perseguidores no era sino una nueva imagen, siempre cautiva, de su narcisismo, de esta hermana que nuestra paciente había convertido en su ideal».

Su delirio era, por tanto, una forma de huir de sus propias tendencias agresivas y criminales, un intento de liberarse de las cadenas de su «odio amoroso». Según Lacan, lo que importaba era la distancia entre ella y sus perseguidores. Los elegía muy bien: habitaban un mundo inaccesible y separado del de ella, y esta distancia le permitía una cierta «no realización» de sus impulsos. Así, su primer perseguidor real, C de la N, fue elegido precisamente por su diferencia de «las otras chicas»: era especial, distinguida, única. Incapaz de articular un reproche hacia su hermana, Marguerite eligió a C de la N. En lugar de culpar a su hermana por la pérdida de su bebé, culpó a G. En cierto modo, Elise era consciente de esto y, de hecho, le dijo a Lacan que temía por su propia seguridad. Aunque Marguerite nunca la había amenazado o identificado con su perseguidor, Elise intuía que el ataque de su hermana se dirigía a ella.

Estos perseguidores, sin embargo, en última instancia no eran sino proyecciones de la propia imagen de Marguerite. Más allá de la furia que sentía por Elise —y, más allá de ella, por la madre—, subyacía un amor homosexual hacia ellas. Era culpable de la misma corrupción de la que las acusaba. La imagen de la mujer idealizada a la que atacó era, por tanto, la suya. Duflos representaba el ideal de prestigio social y poder al que ella, Marguerite, aspiraba. Imputaba corrupción a estas mujeres, pero quería la misma fama para ella, anhelando vivir una *«grande vie» y* tener influencia en el mundo. De hecho, a los poetas a los que ella consideraba responsables de los males del mundo los

llamó «¿es *amateurs de iagioire»,* siendo el término *«amateur»* casi un anagrama de su nombre, «Marguerite». Al atacar a Duflos, sostenía Lacan, se atacaba a sí misma, exteriorizando su propia imagen ideal en otra mujer.

Entonces, ¿por qué se vino abajo el delirio veinte días después del ataque? ¿Fue por el acto de atacar a Duflos o, como afirma Lacan, por su posterior confinamiento? Justo después de cometer el acto seguía consumida por el odio y el reproche. Pero, un día, todo se «calmó»: la erotomanía, los celos, el tema de la persecución y su idealismo altruista. Ya no eran necesarios, puesto que había conseguido que su castigo fuera real: ahora se encontraba entre delincuentes y criminales, separada de su familia. Se dio cuenta, finalmente, de que se había atacado a sí misma, al declararse culpable ante la ley. Muchos años después, en 1975, Lacan reconsideró este punto de vista, y puntualizó que la idea de que su deseo real era que la castigasen fue «llevar la lógica [del caso] demasiado lejos».

Incluso si cuestionamos el concepto de una paranoia de autocastigo, sigue existiendo un problema crucial con la interpretación de Lacan de 1983. Si a Marguerite le preocupaba tanto la intrusión de su hermana y que le robasen a su hijo, ¿por qué no centraba el delirio exactamente en eso, en pensar que los perseguidores querían separarla de Didier? ¿Por qué no había un énfasis en los esfuerzos de los perseguidores por eliminarlo y deshacerse de ella? Aunque en una ocasión pensó que la policía secreta de Stalin quería llevarse a su hijo, sus delirios se dirigían más hacia la idea de que le hicieran daño que de que se lo llevasen.

Una posible respuesta a esta pregunta aparece en una nota al pie de página en el caso, en la que Lacan evoca un posible instinto criminal de Marguerite respecto a su hijo. Esto, sugiere, podría explicar la tendencia «centrífuga» de su delirio y el hecho de que se marchara lejos de su hijo. También explicaría el rasgo del caso que tanto le había intrigado: su «cura» repentina. Su confinamiento, al fin y al cabo, le habría ayudado a provocar «la pérdida definitiva del hijo», por lo tanto, se estaba castigando a sí misma por el crimen del que había acusado a su perseguidor. Por otra parte, cuando Lacan comenzó a entrevistarla tras su confinamiento, percibió su miedo por un posible divorcio, lo que significaría separarse de Didier. Que estos pensamientos quedaran relegados a una nota a pie de página y el hecho de que no los desarrollara en absoluto en el texto principal, quizá, atestigua su problemático estatus. Pero, ¿por qué, si no se puede explicar lo que parece ser una gran «contradicción» en el material: la amenaza de que su hijo sufriera algún daño?

En su excelente lectura del caso y compilación de datos históricos, Jean Allouch ha propuesto otra interpretación, que recoge muchos de los temas en los que Lacan hizo hincapié. Su punto de partida es la coincidencia de los desencadenamientos de la madre y la hija. Cada vez que la hija es ingresada con signos visibles de psicosis, se precipita la locura de la madre: primero, tras la pérdida del primer hijo de Marguerite y, después, tras el ataque a Duflos. Lacan le resta importancia y posiciona a la madre de un modo extraño: asume que la fijación de Marguerite con Elise debe de ser un desplazamiento de la madre a la hermana, pero casi no lo desarrolla. Da la impresión de que se trataba más de un requerimiento de la teoría freudiana que de una deducción clínica. Pero, como poco, el cruce de los temas de su delirio indica que el lugar de la madre merece ser analizado con más detenimiento.

En el relato de Lacan hay varios detalles que indican la importancia de la madre en el caso. Cuando hablaba del motivo principal de su delirio —el daño a su hijo—, Marguerite nunca lloraba; sólo se le llenaban los ojos de lágrimas cuando hablaba de su madre. Lloró ante la idea de separarse de su madre —no de su hijo—y repetía sin cesar: «Debería haberme quedado cerca de ella». Lacan observó que lo más importante para ella era la idea del «dolor» de su madre, y entre los escritos que Lacan incluyó en su tesis, hay una novela que acaba con la descripción de los sentimientos de una madre a raíz de la muerte de su hijo. Esto lo escribió en los meses que precedieron al ataque a Duflos y fue uno de los textos que envió al príncipe de Gales. Otro texto, escrito aún más cerca de la fecha del acto, trata de un progenitor que llora la muerte de su hijo. También decía que lo mejor que había escrito estaba inspirado en la muerte de una amiga en la adolescencia, cuando estaba examinándose en la escuela de preparación para maestros.

Recordemos que la hermana mayor de Marguerite murió a los cinco años, un poco más de un año y medio antes de que ella naciera. Se había acercado demasiado al fuego del hogar y se había quemado viva, delante de su madre (según la versión de Lacan) o en su ausencia (según la versión de Didier Anzieu). Se llamaba Marguerite, un detalle extrañamente ausente en el relato del caso de Lacan. Al releer el texto de Allouch, observamos que la presencia de la hija muerta y de la madre culpable está por todas partes. La primera vez que se desencadenó la locura, los pensamientos paranoides de Marguerite giraban en torno a la idea de que otras personas serían responsables si su hijo muriera. En esa época, le tiró a su marido una jarra con agua y una plancha caliente. Cuando se la reprendió por su ataque posterior al empleado de la editorial, le dijo a su familia que había sido porque había empezado un «fuego accidentalmente». En

una de sus historias, describe cómo «advertí [a los animales] cuando empezó el fuego en el bosque».

Durante la construcción del delirio, un niño está en peligro y una madre es culpable, y el objetivo del delirio es, de hecho, salvar al niño. Esa es su lógica, incluso en su objetivo supremo de un mundo en el que las madres y los niños viven juntos feliz y pacíficamente. Allouch descubrió que en el acta original del juicio, Marguerite le había dicho al juez que tenía una hija y no un hijo, y utilizó el nombre de su madre, Jeanne, y no el suyo. Cuando Lacan le preguntó por qué su hijo estaba en peligro, sólo respondió una vez, impulsivamente: «Para castigarme». Pero, ¿porqué?, preguntó Lacan. Porque era una «madre criminal». Tenía que enfrentarse a Duflos o, de lo contrario, habría sido una «madre cobarde». «¿Qué pensaría ella de mí si no hubiera estado dispuesta a defender a mi hijo?», preguntó Marguerite.

El hecho de que la salud real de su hijo no fuera tan importante para ella como la idea de que se hiciera daño a un niño evoca esto. Era como si la tragedia de la madre regresara en el delirio de la hija. Cuando se desencadenó la psicosis por primera vez, de hecho, la madre le echó la culpa a un vecino de la muerte de un animal de su granja. Así, el motivo de la muerte y la responsabilidad convergen, como si la locura de Marguerite llevase implícito un mensaje para su madre exigiendo que asumiese esa responsabilidad por la muerte de su homónima. Para Allouch, el niño está asociado a la presencia de la sexualidad: es la señal misma de una relación sexual y, de este modo, Marguerite infunde sexualidad en otras mujeres. Sus delirios, al finy al cabo, son sobre mujeres «depravadas» y «disolutas». Y la primera vez que se desencadena la psicosis no es cuando Elise llega, sino durante su embarazo, cuando cree que la gente la llama «depravada». Así que, al atacar a Duflos, no estaba sólo atacando a su hermana, sino, también, a su madre. Un día, después de que Lacan le preguntara por enésima vez por qué había golpeado a Duflos, contestó: «Para hacer que confesara» —como para acentuar la dimensión de una confesión que parece que nunca se produjo en el caso de su madre: *«Je l'aijrappépour lafaire avouer».*

La corrupción y la disolución que Marguerite vio en sus perseguidoras femeninas pueden interpretarse de muchas formas. Tener sexo tras la muerte de un niño quizá sea un crimen que merece un castigo. Pero la ausencia de la madre en el momento en el que el vestido de Marguerite se prendió fuego, quizá, también se interpretó como una falta imperdonable, un tema central de ausencia maternal en torno al cual giran todos los significantes de «frivolidad», «disolución» y «maldad». Entonces habría habido un intento, mediante el delirio, de designar la parte no simbolizable de la madre que pudo

dejar morir a una niña por su «despreocupación». La frivolidad de la madre dejó morir a la niña y, por eso, Marguerite emprendió la misión de erradicar la frivolidad de las madres.

El motivo clave, entonces, tiene que ver con la responsabilidad de una madre en la muerte de un niño. Recordemos ahora que cuando estaba creciendo, Marguerite no podía hacer nada malo: por mal que se portase, su madre la seguía queriendo. Que Lacan eligiera el nombre Aimée (Amada) para Marguerite, quizá, refleja la importancia de esta carga. Cómo, después de todo, puede estar vivo un niño si, haga lo que haga, es como si nunca hubiera hecho nada malo: lo deshumaniza, como si fuera otra persona u otra cosa. En el caso de Marguerite, indica asumir el peso de la imagen de la niña muerta, una tarea enfatizada por la elección del mismo nombre. Ocupar este lugar le resultaba intolerable, como señala Allouch, y de ahí vienen tanto la sensación de persecución —¿qué hay más persecutorio que amar a otra persona a través de ti?— como la misión en la vida: reemplazar a la hermana muerta.

La idea de ser un reemplazo para la hija que se había quemado viva fue, quizá, el parámetro del espacio en el que creció Marguerite, y tener un hijo forzó la detonación de los motivos del delirio. Cuando Elise se mudó con ellos, a Lacan le sorprendió la facilidad con la que Marguerite le cedió tanto al niño como la casa, pero esta actitud tiene sentido cuando nos damos cuenta de que, en este proceso, le estaba dando a su hermana el niño que ésta no tenía, a la vez que abdicaba del lugar imposible de la madre. Reemplazó el niño que Elise no había tenido, transfiriéndole su responsabilidad, para que ésta pudiera decirle a Marguerite que Didier era su consuelo: en otras palabras, el sustituto de su hijo. ¿No sería esto, entonces, lo que contribuyó a que se desatara la psicosis en el primer embarazo, su reconocimiento inconsciente de que estaba creando un bebé para otra persona?

La locura de Marguerite, para Allouch, representa la imposibilidad de que se le atribuya el lugar de la hermana muerta, que habría conllevado la negación de la responsabilidad de la madre en la muerte. No hay que olvidar que, en esta familia, cada niño nació casi inmediatamente después del anterior, sin tiempo para llorar a los niños muertos. La primera Marguerite murió en diciembre de 1890 y, después, un niño nació muerto en agosto de 1891, antes de que naciera Marguerite, en julio de 1897. Lacan fechó por error la muerte de la primogénita cuando la madre de Marguerite estaba embarazada de ella, y el error habla por sí mismo, indicando la importancia que tuvo para ella la tragedia de su homónima. La locura buscaba, en parte, una revelación, una confesión por parte de la madre o, quizá, acusar a la madre por no llorar a la hija muerta. El luto, de hecho, parece presente en el caso sólo como un punto asintótico tanto para la

madre como para la hija.

Este movimiento hacia la revelación está presente en todo el caso. Marguerite tiene que denunciar la conspiración contra su hijo y la corrupción de mujeres como Duflos. El público y las autoridades necesitan saber lo que está ocurriendo y, por eso, recurre a políticos, editores, policías y autoridades civiles. Para Allouch, la protesta se encuentra en el horizonte de estas reivindicaciones: ¿cómo puede una madre criminal osar tener un hijo? La psicosis, por tanto, revela lo que la madre se negó a admitir, y parece que, en cierto modo, la madre recibió el mensaje de la hija: de ahí los momentos en los que se desataron sus delirios. ¿Puede uno considerar la «curación» tras su confinamiento, como indica Allouch, no tanto como el resultado del confinamiento, sino como la consecuencia del desencadenamiento de la psicosis en la madre, como si le estuviera demostrando a su hija que la había escuchado?

Sabemos que, en el hospital, Marguerite tenía intención de escribir una biografía de Juana (Jeanne) de Arco, y una serie de cartas de Ofelia a Hamlet. «Jeanne» era, por supuesto, el nombre de su madre, y Hamlet es una obra en la que una madre es culpable y su hijo se enfrenta a la responsabilidad de vengar la muerte que ella quiere ignorar. Desgraciadamente, no hay más detalles de estos proyectos literarios, pero lo que sí sabemos es que Lacan la animó a escribir. Pensaba que su conocimiento de las sensaciones de la infancia, su entusiasmo por la naturaleza, su platonismo romántico y su idealismo social eran un motor para sus actividades creativas y que eran producto de su psicosis. Tenía una *«jouissance quasi sensible que lui donnent les mots de sa langue»,* y Marguerite, de hecho, se llamaba a sí misma «une *amoureuse des mots».* Lo único que necesitaba para triunfar con sus obras era «ayuda social», aunque Lacan también notó que a medida que su estado mejoraba en Ste-Anne, su escritura empeoraba.

El estudio de Lacan es un documento clínico extraordinariamente rico, y se nos invita a leerlo tanto con las herramientas de la biografía psicoanalítica tradicional como con la teoría estructural de la psicosis. Tomemos, por ejemplo, la cuestión de los embarazos de Marguerite. Podemos aplicar una perspectiva estructural y asumir que los embarazos habrían sacado a la luz la cuestión de la paternidad. Incapaz de simbolizarla, la psicosis se habría desatado. O podríamos asumir que cada embarazo sacó a la luz la cuestión de los embarazos de su madre y lo que significaron, haciéndola revivir la acusación contra su madre por el daño infligido a un niño. De hecho, no tenemos que elegir entre estas perspectivas —ni otras—, ya que son

en cierto modo compatibles. El problema básico de la simbolización para Marguerite, que se volvió inmediato a causa de los embarazos, habría abierto el agujero en el que se encontraba su delirio.

En este punto, podemos comentar un curioso detalle que une ambas perspectivas. Una de las pocas anécdotas que conocemos sobre Marguerite de niña trata de que la persigue un toro *(«taureau»)*. Los miembros de su familia, a menudo, evocaban este infortunio que ocurrió cuando, al tomar un atajo a través de un campo para alcanzarlos, la espantosa bestia comenzó a perseguirla. Allouch llama la atención sobre la repetición de *«taureau»* en su bautismo del poeta sin escrúpulos como *«poétereau»,* y asocia este hecho con la figura del padre. En sus sueños, como comentó posteriormente a Lacan, aparecían a menudo no sólo un toro, sino también una víbora *(«vipére»),* una palabra que contiene la palabra *«pére»* («padre»). Si unimos estos motivos, hay una cadena que conecta el fonema *«eau»* con el padre.

Ahora bien, lo que encontramos en sus escritos es una yuxtaposición casi sistemática de la imagen del niño muerto o en peligro con el agua. Cada vez que menciona el motivo del niño, le sigue alguna descripción de agua *(«eau»),* en la misma frase o en la siguiente. El significante «agua», y sus derivados, como «torrente», pueden, por tanto, interpretarse como una llamada al padre y como una evocación de lo que podría extinguir el fuego. En cada nivel, trata el deseo desenfrenado de la madre. Podemos, incluso, conjeturar que su proyecto de escapar a Estados Unidos llevaba implícito un desarrollo de la misma lógica: significaría, al fin y al cabo, poner agua entre ella y su familia. Muchos años después, su hijo Didier se hizo psicoanalista y se volvió bastante conocido por su introducción al concepto de un límite corporal inconsciente que llamó «mi piel» *(«moipeau»)*. Aunque esto se ha asociado a la idea de la actitud sobreprotectora de su madre, ¿acaso no se incluye en *«moipeau»* el *«eau»* que, quizá, era tan importante para ella?

El esfuerzo por regular el deseo de la madre es importante en la misma «fijación» con el trauma de la muerte de su homónima. Aunque en cierto modo podemos comprenderlo en términos estrictamente biográficos —el peso que le dieron, la elección del mismo nombre, etc. —, existe la posibilidad de que la importancia de la muerte de la primera Marguerite fuera en sí misma un modo de interpretar el deseo de la madre. En ausencia de una significación fálica, quizá la imagen de la niña muerta tomó su lugar, para que, enfrentada a la cuestión de comprender la conducta y el estado de ánimo de la madre, Marguerite recurriera a un horrible acontecimiento del pasado para encontrar una explicación. Esto habría establecido la escena traumática como una significación central y definitoria, revivida en los momentos en los

que sus propios embarazos demandaron incluir cierto tipo de significado.

El caso también muestra la importancia en la psicosis del lugar del receptor. Muchos de los esfuerzos de Marguerite constituían intentos de crear líneas de comunicación: con Pierre Benoít, con los editores, con el príncipe de Gales y, después, con Lacan. El hecho de que el joven psiquiatra la visitara casi cada día durante un año y medio tras su confinamiento debió de haber significado mucho para ella, al igual que debió de suponer un gran golpe que no encontrara sus escritos a la hora de devolvérselos. Mantener un receptor era vital para Marguerite y, si observamos sus actos de violencia, todos ocurren en momentos en los que algo interrumpe la línea de comunicación, cuando el Otro deja de recibir sus producciones.

Más tarde, quizá, Dios se convirtió en su receptor más estable. En 1975, al final de su vida, comentó: «rezar me salva de todo» *(«Japriére me sauve de tout»)*. Decía misas por las almas de los muertos, y un día confió su secreto a Didier: se había convertido en la «elegida de Dios» *(«J'éJue de Dieu»)*. Además de evocar el nombre de soltera de su madre —Donnadieu—, ¿no da esto también una nueva perspectiva sobre la erotomanía, la categoría diagnóstica que en su momento generó tanto debate en la psiquiatría de Europa continental y que se ha utilizado para categorizar a Marguerite? Aunque el motivo dominante en la erotomanía es el del amor —la creencia de que uno es el objeto del amor de otra persona—, ¿no es el tema de la comunicación igual de importante? En la erotomanía, el sujeto, después de todo, no sólo cree en el amor, sino en el hecho de que este amor se comunica, se expresa. En ese sentido, se establece una línea de comunicación en el centro de la experiencia del amor. Y esta idea de que nos hablan, nos permite integrar la erotomanía en las psicosis clásicas, sin tener que otorgarle un estatus especial.

Quizá, los períodos de estabilidad relativa de Marguerite fueron el resultado de mantener abierta esta línea de comunicación, desde las cartas al poeta mujeriego a los artículos que enviaba a las revistas o los sonetos al príncipe de Gales. La acción de escribir debe de haber sido en sí misma crucial, y podemos sospechar que, en cierto modo, para ella estaba asociada a la idea de ocupar un lugar de excepción. En los años previos al ataque de Duflos, creía que sería la mujer de letras que cambiaría todo. Podemos imaginar, de hecho, que después de abandonar Ste-Anne continuó escribiendo cartas para algún interlocutor, bien de la familia o de fuera.

De niña, asimismo, Marguerite había sido la privilegiada, la especial, y, si el desencadenamiento de la psicosis muestra que el hecho de que le asignaran el lugar de la hermana muerta le resultaba imposible, la posición al final de su vida como la «elegida» sigue

atestiguando un lugar excepcional. Ahora era única, no para su madre, sino para Dios, y podemos preguntarnos si este espacio singular era al que se refería cuando hablaba con Lacan de su «jardín secreto», una parte de ella que había decidido no compartir con nadie y que, sin embargo, seguía siendo esencial para ella.

10. EL HOMBRE DE LOS LOBOS

Si bien en el caso de Aimée, la psicosis estalló de modo visible y dramático en determinados momentos de su vida, dejando poco lugar para la ambigüedad en el diagnóstico, el caso del Hombre de los Lobos es más complejo. Muestra cómo la locura puede desencadenarse y, posteriormente, desaparecer, estabilizándose de un modo discreto e invisible. A Sergei Pankejeff lo vieron algunos de los psiquiatras y psicoanalistas más importantes e inteligentes del siglo xx: Theodor Ziehen, Emil Kraepelin, Sigmund Freud, Ruth Mack Brunswick, Muriel Gardnery Kurt Eissler. Pero los diagnósticos que recibió fueron completamente distintos: neurastenia, neurosis obsesiva, personalidad obsesivo-compulsiva y trastorno límite de la personalidad, por citar algunos. Aunque Freud lo trató de adulto, su trabajo publicado se limitó a la infancia de Pankejeff. Justo antes de su cuarto cumpleaños, se había producido un cambio espectacular en el carácter del niño y a Freud le intrigaba lo que él consideró que era por una neurosis infantil. ¿Qué había ocurrido para que un niño seguro de sí mismo y brillante se convirtiera en un joven neurótico ansioso y obsesivo? Como en el estudio de Aimée realizado por Lacan, lo que constituía la cuestión clínica clave era el momento de cambio.

Pankejeff estuvo viendo a Freud desde principios de 1910 hasta el verano de 1914 y, de nuevo, desde finales de 1919 hasta febrero de 1930. A finales de los años veinte, lo enviaron a ver a Ruth Mack Brunswick, una brillante estudiante de Freud, con quien empezó el psicoanálisis. Estaba convencido de que tenía un agujero en la nariz, y se miraba en un espejo de bolsillo cien veces al día. Este estado paranoide agudo empeoró, mejoró y reapareció, unos treinta años después, a raíz de un extraño episodio en el que las tropas rusas le detuvieron después de la guerra. De nuevo, este episodio fue breve, pero Brunswick no tuvo dudas sobre su diagnóstico. Donde Freud había detectado los efectos secundarios de una neurosis obsesiva, Brunswick veía un claro caso de psicosis, que diagnosticó como paranoia hipocondríaca.

Al leer la publicación de Brunswick sobre el caso, es difícil no estar de acuerdo, aunque ninguno de los psicoanalistas y psiquiatras que vieron a Pankejeff compartieron su punto de vista, Después de Brunswick, Pankejeffvio a Muriel Gardiner, que, a su vez, era paciente de Brunswick, y su relación duró décadas. Gardiner, que lo vio durante cuarenta y tres años, no detectó ningún signo de psicosis, al

igual que las docenas de otros experimentados profesionales que lo vieron a lo largo de los años hasta su muerte en 1979, incluyendo a Kurt Eissler, que lo atendió durante un mes cada año durante quince años. Pankejeff fue tachado por los que trabajaron con él de obsesivo, narcisista, neurótico, incluso de tener trastorno límite de la personalidad, pero no de psicotico, excepto por Brunswick. Sin embargo, como veremos, una vez que reconocemos la diferencia entre estar loco y volverse loco, es posible reconciliar la contradicción diagnóstica. ¿Qué le permitió llevar una vida normal, trabajando para una compañía de seguros en Viena y, que sepamos, sin que nunca más volviera a experimentar, tras el episodio de los rusos, un estallido de paranoia tan grave?

* * *

Freud se encontró por primera vez con Pankejeff cuando el joven aristócrata ruso llegó a Viena tras haber visitado a muchos de los grandes psiquiatras de su tiempo y haber pasado varios meses en distintos sanatorios alemanes. Dependía totalmente de otras personas, incapaz de vestirse él mismo —un detalle que Pankejeff refutaría más tarde— o, incluso, de ir al baño solo, por lo que usaba enemas que le ponía un auxiliar. Además de padecer de trastornos intestinales, se sentía separado del mundo por un velo que, de vez en cuando, era perforado por los enemas que le administraban para aliviarle de su estreñimiento. Tras la primera sesión, fue lo bastante sincero como para decirle a Freud que consideraba a su analista un judío estafador y que le gustaría darle por detrás y defecarle en la cabeza.

A Freud le interesaba la cuestión de la infancia de Pankejeff, y trazó una secuencia de eventos y de sus efectos en la vida del paciente en la historia del caso que publicaría unos cuantos años después, en 1918. La importancia del trabajo de Freud en este caso reside, particularmente, en cómo complicó la teoría del trauma. Desarrollando sus propias ideas desde la década de 1890, sostiene que una escena traumática puede tener efectos con retraso, llegando a ser traumática sólo cuando se interpreta de otro modo, a veces varios años después de que ocurra. Presenciar un acto sexual, por ejemplo, puede que no tenga un gran impacto en el momento, pero, más tarde, cuando la persona empieza a saber más sobre el sexo, puede convertirse en algo traumático de modo retroactivo y empezar a generar síntomas.

Esencialmente, éste era el argumento de Freud del caso, y lo desarrolló mediante un análisis detallado de la infancia del paciente. Pankejeff nació en el seno de una familia rusa aristocrática y

acaudalada, en 1886, dos años después de su hermana, Anna. El velo o «manto de la virgen» con el que nació le otorgaba un lugar especial de «niño afortunado», y sobrevivió a una neumonía y a la malaria en su primer año de vida. Su padre era un juez de distrito que padeció varios episodios de depresión y, quizá, manías; su madre era una mujer fría, poco expresiva e hipocondríaca con un oscuro sentido del humor, que a menudo se enfermaba a causa de sus trastornos abdominales. Recordaba a su madre quejándose a su médico: «No puedo seguir viviendo así», palabras que más tarde utilizaría él mismo. Con su padre a menudo ausente y su madre enferma, las niñeras y las enfermeras jugaron un rol especialmente importante en la vida de Pankejeff y Anna. Gruscha fue su primera queridísima niñera, seguida de Nanya, y ambas desempeñaron un papel fundamental en la historia de Pankejeff.

Parece que fue un niño afable y tranquilo, pero sufrió una transformación un verano, cuando sus padres regresaron de unas vacaciones durante las que él se había quedado al cuidado de una institutriz inglesa. El niño, de tres años y medio, ahora tenía mal carácter, era quisquilloso y violento, y deseaba que su padre le castigase. Pankejeff fechó este cambio en las navidades de ese año, cuando no recibió el doble de regalos, algo que le correspondía al coincidir su cumpleaños con el día de Navidad. Le aterrorizó la imagen de un lobo en un libro infantil, y empezó a chillar diciendo que vendría para comérselo. Estos hechos vinieron acompañados de miedo a los animales e insectos y del desarrollo de una devoción religiosa obsesiva. Antes de irse a dormir, tenía que besar todas las imágenes religiosas de su habitación, después de rezar y hacer la señal de la cruz innumerables veces. Al mismo tiempo, le venían a la mente blasfemias, y esta combinación de pensamiento positivo y negativo, naturalmente, hizo que Freud presupusiera una estructura obsesiva.

Estos rituales obsesivos se nutrían de las historias de la Biblia que su madre empezó a leerle. Pankejeff se obsesionó con la relación entre Dios y Jesucristo, y con la cuestión de si Jesucristo tenía una «parte trasera» y excretaba. ¿Quién era el padre de Jesucristo?, se preguntaba. Parecía que era José, pero le habían dicho que José era sólo «como» un padre. Estas elucubraciones se construyeron alrededor de su propia identificación con Jesucristo, con quien compartía la fecha de cumpleaños, y contenían un reproche a Dios por su dureza y crueldad hacia su hijo.

El período obsesivo se calmó cuando, a los diez años, un estudiante austríaco llegó a la finca y Pankejeff empezó a pasar mucho tiempo con esta nueva e influyente figura. Su devoción se desvaneció cuando Reidel le expresó sus dudas con respecto a la religión. Estas evocaban sus propias dudas con tanta precisión que Pankejeff

experimentó un profundo alivio y se sintió capaz de dejar atrás sus preocupaciones religiosas. Con Reidel, desarrolló el interés por lo militar, los uniformes, las armas y los caballos, y ahora sus ensoñaciones giraban en torno a nuevos temas. Freud pensaba que los años de adolescencia que siguieron transcurrieron más o menos sin problemas para Pankejeff, y que sus nuevos intereses le permitieron sublimar los temas que antes le habían atormentado. También se sumergió en la literatura, leyendo a los novelistas y poetas rusos, y en la pintura, que sentía que llenaba el «vacío» creado por la pérdida de la devoción religiosa.

A los diecisiete años, sin embargo, Pankejeff sufrió un ataque de nervios, provocado aparentemente por haber contraído la gonorrea. Este golpe a su narcisismo fue demasiado duro y se «desmoronó». Dejó de creer que el destino le favorecía; él, «el niño afortunado» que había nacido con un velo. Dos años después, su hermana se suicidó ingiriendo mercurio. Anna había sido una figura importante para Pankejeff. De niña parecía un chico, y había destacado académicamente tanto en ciencias como en escritura creativa. Parece que su padre la había idealizado, y Pankejeff competía con ella, angustiado, como comenta Freud, «por su demostración despiadada de superioridad». En su adolescencia, estuvieron más unidos, aunque ella lo rechazó en una ocasión en la que él intentó un acercamiento sexual. Fue en este momento cuando se empezó a interesar por una campesina que trabajaba en su casa y que tenía el mismo nombre que su hermana. El lugar especial que Anna ocupaba para su padre, quizá, le pasó factura: en el período anterior a su muerte, las dudas que albergaba acerca de su aspecto físico la obligaron a apartarse de la sociedad.

Tras el suicidio, su padre comenzó a mostrar un afecto nuevo por Pankejeff: «Ponía muchísimo interés en todo lo que yo hacía o planeaba hacer y quería aconsejarme y protegerme a toda costa». Estaba claro, escribe, que su padre «había trasladado sus sentimientos por Anna hacía mí». Y esto, por supuesto, sólo empeoró las cosas. Sufrió una «depresión muy profunda», y tuvo pensamientos suicidas. Pankejeff cambió en ese momento sus estudios de derecho por los de ciencias naturales, imitando a Anna —como él y Freud pensaban—, que sentía pasión por esa materia. También en este momento fue significativa la influencia de un antiguo tutor, que mostró desilusión al saber que Pankejeff había elegido previamente derecho y no matemáticas o ciencias naturales. Posteriormente, Pankejeff volvió al derecho, tras un período de indecisión obsesiva.

Como sus depresiones continuaron y le costaba mucho estudiar, Pankejeff empezó a visitar a una serie de médicos y a pasar temporadas en varios sanatorios. Fue en la clínica de Kraepelein, en

Múnich, donde vio por primera vez a Therese, una enfermera que iba vestida de turca en una fiesta de disfraces que se celebró allí. Su belleza y aire de seriedad le impactaron, y pronto averiguó más cosas sobre ella: tenía una hija de un matrimonio fallido y su madre era española, un detalle que le intrigó especialmente. Le declaró su amor y la cortejó, a pesar de la insistencia en ella de que vivía exclusivamente para su hija y su trabajo de enfermera. Las idas y venidas de la relación crearon un ritmo de tristeza y euforia que confirmó uno de los diagnósticos psiquiátricos de depresión maníaca.

Menos de un año después, en el verano de 1908, Pankejeff recibió la noticia de que su padre había fallecido, probablemente, suicidándose, a los cuarenta y nueve años. Hay poca información sobre este acontecimiento, y realmente lo único que sabemos es que Pankejeff sintió rencor hacia su madre por su falta de claridad en el testamento, y que empezó a pintar de nuevo. Pronto regresó a Múnich, aparentemente, para ver a Kraepelin, pero, como él mismo reconoce, en realidad para ver a Therese. Pankejeff estaba mortificado por ella, y el siguiente año y medio estuvo caracterizado por sus maniobras para acercarse y separarse de lo que su madre llamó «una mujer con la que ningún hombre puede entenderse». Renunciaba a ella para, después, volver a ella en una oscilación dolorosay aparentemente eterna. Atormentado por la cuestión de si debía casarse con ella o abandonarla, decía: «Ya me considero totalmente desahuciado. No hay salida».

Fue en este momento, gracias a un joven médico ruso interesado en el psicoanálisis, cuando Pankejeff conoció a Freud. Al contrario que el resto de las autoridades, Freud no se oponía a Therese, y, de hecho, animaba a su paciente a que volviera con ella, aunque le pidió a Pankejeff que esperara hasta que el análisis llevara en marcha varios meses. Cuando volvió a verla se quedó en shock: desde que había dejado su trabajo de enfermera para abrir una *pensione,* estaba terriblemente desmejorada, como un «esqueleto». En ese preciso momento pensó que él debía de haber sido la causa de su desgracia: «En ese momento decidí firmemente no abandonar nunca a esa mujer, a quien había causado tanto sufrimiento».

La cuidadosa construcción de Freud se centra en la neurosis infantil. No ofreció una versión real del análisis de Pankejeff, sino que utilizó el material para explorar la cuestión del cambio de carácter de su paciente en la infancia. La cuestión conceptual clave aquí era el trauma y cómo podía revivirse y reinterpretarse posteriormente. También mostró que pueden coexistir líneas de pensamiento dispares e, incluso, contradictorias en el inconsciente. No siempre es fácil seguir el relato de la infancia del Hombre de los Lobos, pero necesitamos esbozar las ideas principales antes de pasar a la cuestión

diagnóstica.

Freud plantea una «escena primaria» del coito de los padres, que Pankejeff presenció cuando tenía un año y medio, aunque las fechas cambian ligeramente a lo largo del relato del caso. Pankejeff se despierta por la tarde y ve a sus padres ocupados en tres *coitus a tergo* («por detrás»). Más o menos un año después, ve a la criada, Gruscha, arrodillada fregando el suelo y esto le recuerda la posición de su madre en la escena primaria. Entonces se establece el prototipo de sus amores «compulsivos»: una chica que no sólo está arrodillada —como en la escena primaria—, sino que además es una criada. Excitado, se hace pis, y ella lo reprende.

Aquí, la posición de Pankejeff es activa, pero cuando su hermana Anna lo seduce, cuando tenía algo más de tres años y medio, esto cambia. Ella juega con su pene, «al mismo tiempo que le cuenta historias incomprensibles» sobre su Nanya. La institutriz inglesa, que llegó no mucho después de este episodio, se convirtió en el objetivo del reproche hacia su hermana por haberlo seducido, y donde su posición ya no era activa, sino pasiva. Aunque adoptó esta posición, se había vuelto sádico y malhumorado. Un par de meses más tarde, dirige sus avances hacia su queridísima Nanya, jugando con su pene en su presencia, pero, desafortunadamente, ella también lo rechaza. Le dice que es un mal hábito, y que a los niños que se masturban les sale una «herida» ahí.

El deseo de que le toque el pene queda contrarrestado por la amenaza de castración de Nanya, y es en ese momento cuando se viene abajo lo que Freud llama la «organización genital» de Pankejeff. No puede procesar esta horrible idea de una herida y «la rechaza». Los genitales femeninos se vuelven un «trasero frontal», aunque esta operación física no resuelve sus problemas. Sigue preocupado por ideas sobre la castración, a pesar de la aparente ausencia de temor. Al centrar sus miedos en la diferencia anatómica sexual, regresan sus impulsos sádico-anales, y se vuelve quisquilloso y agresivo.

¿Cómo explica Freud el cambio de la actitud desafiante y traviesa a la devoción obsesiva? El momento decisivo ocurre justo antes de su cuarto cumpleaños. Pankejeff tiene el sueño del lobo que le dará su nombre analítico: «Soñé que era de noche y que estaba tumbado en la cama. De repente, la ventana se abrió sola y me entró el pánico al ver unos cuantos lobos blancos sentados en el gran nogal que había frente a la ventana. Había seis o siete lobos. Los lobos eran bastante blancos, y parecían más zorros o perros ovejeros, ya que tenían las colas largas como los zorros y las orejas levantadas como los perros cuando prestan atención a algo. Con pavor, evidentemente, de ser comido por los lobos, grité y me desperté».

Los dos aspectos del sueño que más le atormentaban eran la

absoluta tranquilidad e inmovilidad de los lobos y la atención tensa con la que lo miraban. El complejo y detallado análisis del sueño por parte de Freud, al que contribuyeron las muchas variantes que surgieron durante el análisis, concluyó con una interpretación: que el sueño señalaba una escena sexual temprana que al paciente le habría abierto los ojos —la ventana que se abre repentinamente—, al prestar mucha atención a algo que estaba viendo. Esta era la escena de *coitus a tergo* entre los padres. Como se encontraba en una fase de desarrollo sexual en la que el padre era su objeto, el recuerdo después del sueño se habría vuelto especialmente traumático, puesto que le devolvía una imagen de la naturaleza de la satisfacción sexual del padre. Le recordó la existencia de la castración que había rechazado: para ser el objeto sexual del padre, tenía que ser una mujer. Esta fuerte impresión produjo el cambio de conducta consiguiente.

El deseo de que su padre lo satisficiera suponía la castración, que era algo que le resultaba inaceptable por el apego que tenía a su pene. En ese momento empezó a asentir un miedo atroz de su padre. Pero, para Pankejeff la «primacía» de sus genitales nunca llegó a darse realmente: para él era imposible asumir una orientación totalmente fálica. No quería perder su pene, pero la idea de diferencia sexual se le antojaba demasiado complicada. Así que, como muchos chicos, se decidió por el ano y no por la vagina, que podía coexistir con el temor a la castración. «Esto no llevaba aparejado ningún juicio sobre la cuestión de su existencia, pero era como si no existiera». Así que el resultado del sueño no era tanto un triunfo de cualquier corriente masculina, sino una reacción a una corriente femenina y pasiva. Freud sostenía que el Hombre de los Lobos no era capaz de alcanzar una posición enteramente masculina, y cualquier atisbo de masculinidad que tuviera consistía sólo en una ansiedad ante la amenaza de estar en el lugar pasivo, femenino.

Pankejeff, por tanto, se encontraba ante un dilema, y no tenía las herramientas para resolverlo: quería ser el objeto de su padre, pero no podía aceptar el precio que acarreaba. Y fue en este momento cuando cobró importancia la fobia a los lobos. Podía defenderse de ser el objeto sexual de su padre creando un terror ante la imagen de la bestia salvaje. El miedo actuaba como barrera, poniendo distancia con la temida pero anhelada proximidad al padre. Cuando la madre empezó a leerle historias de la Biblia, la fobia se transformó en un sistema obsesivo: la devoción religiosa podía absorber el miedo presente en la fobia y abrir nuevos caminos para procesarla. El era Jesucristo para su padre, Dios, lo que permitía tanto una expresión de pasividad masoquistay amorosa y un cuestionamiento de los temas de sexualidad y violencia que tanto le habían atormentado.

Freud exploró la cuestión de la castración en relación, sobre todo,

a una escena que sucedió durante este período. Poco tiempo después de haber escuchado la historia de una pariente que había nacido con seis dedos en los pies y que se había cortado uno con un hacha, Pankejeff estaba jugando en el jardín cerca de su niñera, grabando algo con su navaja en la corteza de un nogal. «De repente, para mi indescriptible horror, me di cuenta de que me había atravesado el dedo meñique de la mano (¿derecha o izquierda?), y que el dedo colgaba de la piel. No sentí dolor, sino mucho miedo. No me atreví a decirle nada a mi niñera, que se encontraba apenas a unos pasos de distancia, pero me desplomé en el asiento más cercano y me quedé allí, incapaz de echarle otro vistazo al dedo. Al final, me calmé, me miré el dedo y vi que estaba absolutamente indemne». Aunque este episodio podría indicar un reconocimiento de la idea de castración en la historia de la pariente indicando que las mujeres no tienen pene ya que se les ha cortado; ésta es la corriente más profunda para Freud, que forcluía totalmente la castración. En cierto sentido, Pankejeff abominaba la idea de castración, al mismo tiempo que la aceptaba, pero, en otro, «el más antiguo y el más profundo», ni siquiera «planteaba la cuestión de la realidad de la castración». Al no estar integrada en su universo mental, literalmente, regresó del exterior en forma de alucinación.

Estas hipótesis permitieron a Freud explicar la función de las primeras dificultades que experimentó su paciente. El tema de la neurosis infantil fue su intento de «dar una respuesta definitiva» a la cuestión de la escena primaria. Se trataba de encontrar y decidirse por una interpretación. Se dio una interpretación anal a la escena sexual —el agujero por el que se introducía el pene era la abertura anal—y, después, cuando se vio obligado a hacer frente a la cuestión de la vagina, decidió quedarse con la teoría anal. Prefirió el intestino a la vagina y rechazó, según Freud, la idea de la castración.

La cuestión de la realidad de la escena primaria ha dividido a los estudiosos desde que se publicó el estudio. Quizá de manera sorprendente, pasaron más de cincuenta años antes de que alguien se diera cuenta de que un *coitus a tergo* prácticamente no habría permitido a un niño que estaba en una cuna ver claramente la anatomía de una mujer, y que, incluso si atribuimos una energía desenfrenada al padre, tres episodios de coito en un espacio de tiempo tan corto no parece algo muy verosímil. Por otra parte, es interesante observar que lo primero que Pankejeff nos cuenta en su autobiografía es el recuerdo de «mirar a través de una grieta en una valla» en una feria rusa y ver a los gitanos «gesticulando como locos y gritando todos al mismo tiempo». «La escena», añade, «me dejó una impresión de confusión indescifrable». Considerando el lugar de esta imagen al inicio de sus memorias, es difícil no considerarla como un recuerdo

encubridor.

Al terminar el análisis con Freud, en 1914, Pankejeff y Therese se casaron y se mudaron a Rusia, hasta que cuatro años más tarde la revolución les obligó a abandonar el país. Se establecieron en Viena sin un céntimo, y Pankejeff recibió ayuda económica de Freud, que durante seis años organizó una colecta anual para él, y acabó encontrando trabajo en una compañía de seguros, en la que permaneció hasta que se jubiló, en 1950. Un estreñimiento mal curado le hizo regresar a la consulta de Freud desde noviembre de 1919 hasta febrero de 1930, y Helene Deutsch recuerda en su autobiografía cómo la obligaron a cederle su hora de consulta al Hombre de los Lobos, para que éste pudiera ver a Freud. Curiosamente, la colecta anual comenzó en el momento en el que finalizó este segundo psicoanálisis, estableciéndose una simetría bastante freudiana: al estreñimiento —teorizado como un regalo que no se da— le siguió la colecta de dinero —que Freud comparó con excremento—, como si el síntoma del paciente se hubiera invertido una vez que dejó el psicoanálisis.

Pankejeff se sintió mal de nuevo en i9?3, obsesionado con un grano que tenía en la nariz, poco después de que su madre llegara a Viena luciendo una verruga en su propia nariz. Esta verruga, comentó, tenía el «curioso hábito de aparecer y desaparecer» y había consultado con varios médicos. Pankejeff desarrolló una fijación hipocondríaca con su nariz, y le aterrorizaba pensar que tenía un defecto en la piel, en forma de cicatriz, surco o agujero. En octubre de 1936, Freud lo envió a ver a Brunswick. En esa época ella tenía sólo veintiséis años, y Freud la psicoanalizaba y la supervisaba. Brunswick observó que «en la típica nariz rusa pequeña y respingona del paciente no se apreciaba nada en absoluto». Sin embargo, él se ponía polvos constantemente, la inspeccionaba, se quitaba los polvos e intentaba «pillar al agujero, por así decirlo, en su momento de crecimiento y desarrollo». ¿Se curaría el agujero?, se preguntaba sin cesar. «No puedo seguir viviendo así», repetía. Su vida giraba en torno al espejito que llevaba en su bolsillo a todas partes, como si su destino dependiera de él.

Pronto incluyó los dientes en sus preocupaciones hipocondríacas, y fue de un dentista a otro, igual que al principio había ido de un dermatólogo a otro y, cuando estaba con Freud, de un sastre a otro, sin quedar nunca satisfecho con los resultados. Asoció este síntoma a su hermana, que había tenido acné, y explicó que los recuerdos que guardaba de ella se habían reavivado recientemente, al ver la película *The White Sister,* protagonizada por Lillian Gish. Aunque la película no hace referencia a granos ni verrugas, sí que trata de una hermana a la que estafan una herencia y, extrañamente, comienza con una imagen inexplicable de un árbol desnudo, asombrosamente similar al que

dibujó Pankejeff para ilustrar su famoso sueño. En cuanto a la cuestión dermatológica, Anna se había quejado de tener la nariz roja y de niños jugaban a un juego en torno a la palabra «esanesor», la inversión de «rose ríase», nariz roja. Al igual que Pankejeff se preocupaba ahora por sus dientes, los dientes de Anna se habían erosionado por el mercurio que había tomado para suicidarse.

Brunswick le describió a Freud la enfermedad de su paciente de ese momento como «un remanente no resuelto de la transferencia», y señaló que no había «nuevo material». De hecho, el análisis fue supervisado por Freud, y se creó un triángulo peculiar: ella informó de su trabajo con el paciente al psicoanalista anterior, que casualmente era su propio psicoanalista. En cuanto a su estrategia clínica, Brunswick fue rotunda: cuestionaba constantemente la creencia de Pankejeff de que ocupaba un lugar especial para Freud. El resultado, como admite Brunswick, no fue la curación, sino que la paranoia se agravó.

Tras el tratamiento con Brunswick, Pankejeff consultó a Muriel Gardiner, a su vez paciente de Brunswick, con la que mantuvo conversaciones a lo largo de muchos años. No se trataba de psicoanálisis como tal, sino de que Gardiner se ofreció como un receptor privilegiado y, a menudo, le ayudaba con temas prácticos. La vida siguió su «curso normal» sin que ocurrieran «incidentes extraordinarios» hasta que, en 1938, ocurrió el desastre. Cuando las tropas de Hitler entraron en Viena, temerosa de tener que entregar su árbol genealógico a los nuevos poderes y con los ahorros de toda una vida significativamente devaluados, Therese se suicidó. Pankejeff había perdido «la única estructura estable de su vida». Encontrarse con Brunswick en París y Londres le ayudó a no darse por vencido, y su madre, que había estado viviendo en Praga, pronto se mudó a su apartamento de Viena con él. Permaneció allí hasta que murió, dieciséis años después.

Lidiar con la muerte de su mujer fue especialmente difícil, pero no hubo ningún episodio de paranoia intenso hasta agosto de 1951. Pankejeff se había adentrado en la zona rusa de la ciudad para pintar un paisaje. Detenido por las tropas rusas durante un par de días, al final fue liberado y se le ordenó regresar con todos sus cuadros. Las siguientes semanas fueron una pesadilla, y sentía que su realidad se desmoronaba: ¿debía arriesgarse a regresar o no? Cuando regresó, los rusos no estaban interesados en él en absoluto, y le enviaron de vuelta a su vida cotidiana.

Durante esos últimos años, Pankejeff se quejaba de sufrir situaciones insoportables con mujeres, y hablaba de sus problemas «con cualquiera a quien pudiese llamar amigo, así como con varios psiquiatras y psicólogos». Mantuvo una relación tortuosa con una

mujer, Luise, durante décadas, lleno de culpa, ambivalencia y duda. Le propuso matrimonio y retiró su oferta dos días después, pero mantuvo una batalla de amor-odio con ella que duró treinta años, quejándose sin cesar: «No puedo seguir viviendo así». Luise se lamentaba constantemente de su salud ante Pankejeff, reprochándole que, al no casarse con ella, se quedaría sin Seguridad Social y sin la parte de la pensión de su jubilación que le correspondería. Para Gardiner, estaba claro que él necesitaba sufrir esta pesadilla. La única mujer que respetaba su duda y su ambivalencia era una vecina anciana, Tini, que se convirtió en una especie de gobernanta y que demostró a Pankejeff un amor devoto y maternal.

Continuó llevando una vida relativamente normal y discreta, recibiendo visitas de psicoanalistas ansiosos por probar sus teorías o asegurarse de que estaba bien. Kurt Eissler pasaba tiempo con él todos los veranos y veía con regularidad a un psiquiatra vienés, Wilhelm Solms, que se había interesado por su caso. A principios de la década de los setenta, después de que se publicaran sus memorias, la periodista Karin Obholzer lo localizó y posteriormente escribió un libro sobre las conversaciones que mantuvo con él y que grabó. Era bastante escéptica con respecto a que el psicoanálisis pudiera reportarle algún beneficio a Pankejeff, y comentó que a veces respondía al teléfono diciendo: «Habla el Hombre de los Lobos», y firmaba sus pinturas como «El Hombre de los Lobos».

Fue ingresado en un hospital en el verano de 1977, tras sufrir un ataque al corazón, y después se trasladó al Hospital Psiquiátrico de Viena, no por motivos psiquiátricos, sino porque Solms, que le conocía bien, pensó que allí estaría más cómodo. Murió en mayo de 1979, a los noventa y dos años. Hay 180 horas de conversaciones grabadas con Pankejeff en la Biblioteca del Congreso, así como treinta cajas, que incluyen correspondencia entre Pankejeff y Freud, y un segundo artículo de Brunswick que saldrá dentro de unos años.

* * *

Para retomar la cuestión diagnóstica, primero podemos centrarnos en los fenómenos obsesivos de la infancia y madurez de Pankejeff. Freud asocia estos hechos a su fase religiosa. Reza mucho, acaricia imágenes sagradas y, claramente, utiliza la religión para organizar su mundo. Del mismo modo que en esa época le atormentaban las dudas, las rumias y los interrogantes en un diálogo interno perpetuo y agotador, muchos años después pensaría en Therese en los mismos términos: ¿debía verla o no? ¿Debía abandonarla o no? También aplazaría la toma de otras decisiones: ¿debía estudiar derecho o ciencias naturales? ¿Debía volver al mismo sastre, dentista o dermatólogo?

Estos son rasgos obsesivos clásicos, como lo era la preocupación con lo que Freud denominó «deshacer»: ansioso por no saber cómo terminar una carta, la echa al correo, se arrepiente de haberlo hecho y desea deshacer esta acción.

Aunque es posible que encontremos estas características en la neurosis obsesiva, el cuadro clínico más amplio y más detallado indica que son parte de otra cosa. No debemos olvidar que este tipo de características nunca constituyen criterios definitivos para establecer un diagnóstico, puesto que lo que importa es la estructura subyacente. Podemos estudiarla sin clasificar las características, pero analizando qué lugar ocupan en el mundo de la persona. Aunque Freud no parece cuestionar el diagnóstico de la obsesión, sí que expresa una duda aislada: ¿por qué no reacciona Pankejeff de la forma esperada ante el suicidio de su hermana? Cuando le dieron la noticia, escribe Freud, «apenas sintió un rastro de dolor. Tuvo que esforzarse por mostrar signos de pena y fue capaz de regocijarse con bastante frialdad por haberse convertido en el único heredero de la propiedad». Quizá, como réplica a Freud, las memorias de Pankejeff contienen una larga sección titulada precisamente «Luto inconsciente».

Comoquiera que interpretemos la aparente falta de emoción al describir la muerte de Anna ante Freud, me parece que las descripciones de Brunswick del estado de Pankejeff en los años veinte dejan pocas dudas con respecto al diagnóstico: claramente, estaba tratando una psicosis, como se deduce de la hipocondría aguda y prolongada, del hecho de que recurriese casi continuamente a su espejo de bolsillo y los delirios. Otros detalles apuntan en la misma dirección: los momentos de cambio repentinos que cuenta tienen la naturaleza de las alteraciones y transformaciones radicales que observamos en la psicosis. Por poner un ejemplo, Pankejeff está a punto de visitar a Kraepelin en Múnich por consejo de su padre, y este último se sube al tren con él antes de que salga. Mientras su padre habla seriamente con el médico que acompaña a su hijo, se produce una rara transformación: «Sólo en ese momento me di cuenta de que se había operado en mí un extraño cambio en el corto espacio de tiempo desde que me había subido al tren. Era como si un hada buena, con su varita mágica, hubiera disipado mi depresión y todo lo relacionado con ella. Me había reconciliado con la vida y me sentí en completo acuerdo y en perfecta armonía con el mundo y conmigo mismo». En el preciso momento en el que está con su padre y éste muestra preocupación por su hijo, su estado de ánimo cambia repentinamente.

Otros ejemplos incluyen su decisión repentina de no abandonar nunca a Therese, y los fenómenos de mortificación que experimentaría en su fase depresiva: «Todo parecía "irreal", hasta el punto de que las

personas me parecían figuras de cera o marionetas enrolladas en sus cuerdas, con las que no podía establecer ningún tipo de contacto». Una vez que reconocemos estos rasgos de la psicosis, tenemos que explicar qué función tenían los síntomas obsesivos de su infancia y, también, por qué tantos psicoanalistas y psiquiatras no fueron capaces de emitir un diagnóstico correcto.

Las opiniones de Lacan sobre el caso parecen haber cambiado con los años y, extrañamente, emite varios diagnósticos. En su primer enfoque, interpreta la neurosis infantil como un intento de acceder al padre simbólico. Tras la escena traumática con Anna, se porta mal para que lo castiguen, un modo de tratar de introducir la dimensión simbólica. Lacan prestó una atención especial al episodio del dedo amputado. Ala amenaza de la castración se le niega el acceso al mundo simbólico de Pankejeff, así que ésta regresa en el real. El rasgo clave para Lacan no es tanto la imagen de la amputación, sino el hecho de que no se lo dijera a la niñera. Como en el caso del joven Andy Warhol, que se rompió el brazo a los cuatro años pero que no se lo dijo a nadie en dos días, este hecho indica un cortocircuito de la relación simbólica. El episodio del dedo ilustra cómo Pankejeff no puede recurrir al padre simbólico e, incapaz de metaforizar la castración, se queda con la aterradora imagen de una herida corporal.

También encontramos esta cuestión no resuelta del cuerpo en muchos otros aspectos del caso. Pankejeff fue de un sastre a otro, nunca satisfecho con las prendas que le confeccionaban. Después, fue de un dentista o dermatólogo a otro, y sus visitas siempre fueron seguidas de reproches e insatisfacción. Era como si estuviera recurriendo constantemente a Otro que le proporcionara a su cuerpo lo que no tenía, y, en cada ocasión, el resultado no satisfactorio le dejase con una imagen corporal dañada. Podemos asumir que más allá de esto había una tara básica en la construcción de su cuerpo. Cada intento de encontrar una curación sólo acababa generándole pensamientos paranoides.

A Pankejeff, su imagen corporal le suponía una herida abierta —como el dedo amputado de su alucinación infantil— y, en su búsqueda de un remedio médico o sartorial, lo que pretendía era una imagen que encajase y una imagen con significado. Como vemos en muchos casos de esquizofrenia, el cuerpo carece de una significación fundamental. Muriel Gardiner percibió esta dimensión de recurrir al significado, y observó que «uno siente que siempre está tratando de comprender». Pedía constantemente consejo a otras personas, y no debemos olvidar que, en su descripción de la seducción de Anna, menciona que ella le contó «historias incomprensibles». El momento de excitación sexual y angustia, por tanto, se vincula a la opacidad del significado: había algo que no era capaz de comprender.

También le contó a Obholzer que de niño se le había irritado e inflamado el pene y que fue a decírselo a su padre. Posteriormente, en su adolescencia, se le inflamó y enrojeció un grano y, de nuevo, fue a su padre a quien recurrió para obtener una explicación. En un encuentro con Obholzer, le dijo: «Tengo que pedir consejo, tengo que indagar», y tenía que verificar y consultar todo con Gardiner y Eissler, así como con Solms, a quien veía todas las semanas. Incluso en su lecho de muerte, Pankejeff seguía gritando: «¡Denme algún consejo! ¡Ayúdenme!». Como señaló Obholzer, seguía repitiendo las mismas frases, las mismas llamadas desesperadas. Podemos deducir que en su caso nunca se había establecido un significado básico. En términos lacanianos, la metáfora paterna no había funcionado.

Lo que le quedó a Pankejeff fue su cuerpo como un agujero potencial, y es aquí donde las imágenes de su madre y su hermana reaparecen. Como su madre había tenido una verruga y su hermana granos, se obsesionó con que le había salido un grano en la nariz. Se quejaba exactamente de las mismas dolencias, y que usara un espejo de bolsillo, obviamente, le otorgaba una cualidad femenina. Los estudiosos interpretan la preocupación por sus dientes como una identificación con Freud, que tenía problemas bucales, pero es también, y quizá de modo más fundamental, el síntoma de su hermana tras haber ingerido mercurio, que, como él cuenta: «hizo que se le cayeran los dientes». Estos tormentos corporales rodean la idea de la presencia y la ausencia de un agujero, como si la castración no fuera para él una dimensión metafórica en lo simbólico, sino una posibilidad real, perceptible en el cuerpo. Al no presentarse la significación fálica, la nariz se volvió un agujero insoportable.

* * *

Entonces, ¿por qué fracasaron generación tras generación de amigos y psicoanalistas en su intento de ayudar al Hombre de los Lobos? En cierto sentido, no era culpa de ellos: se encontraban con un hombre encantador y educado, al que le gustaba hablar de arte, literatura y psicoanálisis. Tenía pocos síntomas visibles, no mostraba señales de delirio y sabía muy bien cuál era su estado. Muriel Gardiner, que vio a Pankejeff durante décadas, dijo que nunca había visto nada «anormal» en su conducta o en su discurso entre 1927, cuando lo conoció, y 1938, cuando murió su esposa. «Me dio la impresión de ser un hombre metódico y en quien se podía confiar, siempre se comportó correctamente e iba impecablemente vestido; era siempre muy educado y considerado». De hecho, dice que en los cuarenta y tres años que lo conoció: «Nunca vi ningún signo de psicosis». Pero, ¿por

qué no interpretar precisamente el mismo hecho de que pareciera estable y contenido como la clave del error diagnóstico?: lo que quizá no veían los psicoanalistas era que *este mismo cuidado* era lo que sustentaba la recuperación de Pankejeff. En su entusiasmo por entender el caso, dejaron fuera de la ecuación la cuestión misma de lo que el psicoanálisis significaba para él.

Los psicoanalistas a menudo comentaron que lo que descartaba la psicosis era que fuera tan accesible al tratamiento analítico, sin darse cuenta de que la clave de que fuera tan accesible era el papel que la terapia tenía para él. Gardiner dice que, a pesar de la versión del caso de Brunswick, no se trataba de una paranoia real, ya que Pankejeff se recuperó: «Diría que tanto la comprensión como el hecho de prestarse al análisis contraindican la psicosis». Ni tampoco interpretó la percepción de Pankejeff de ser el favorito de Freud como un delirio de grandeza. Admite, sin embargo, que sus opiniones se basan en la historia del caso de Freud y en sus encuentros posteriores con Pankejeff, tras el episodio de 1936. Esta opinión la comparte el mismo Hombre de los Lobos, tal y como le dijo a Obholzer cuando comentaron el diagnóstico: «La paranoia que aparece y desaparece no existe. No hay nada parecido. Si alguien verdaderamente sufre de paranoia, la sigue sufriendo».

Sin embargo, una vez que hacemos la diferencia entre estar psicotico y volverse psicotico, y reconocemos las señales de la psicosis que no se ha desencadenado, podemos comprender perfectamente estas vicisitudes. Estaban directamente vinculadas con la propia relación de Pankejeff con el psicoanálisis. Pankejeff, al fin y al cabo, se veía a sí mismo como parte de la historia psicoanalítica, y Freud se refería a él como «un pedazo de psicoanálisis». Helene Deutsch le cedió su hora de consulta debido a la importancia que tenía para la investigación, y le llamaba «la fuente de importantes descubrimientos para el psicoanálisis», y Anna Freud se refirió a él en la introducción de la colección de documentos de Gardiner como «nuestro Hombre de los Lobos». Realmente, el psicoanálisis era parte de él, y este extraño vínculo no era un mero producto de su imaginación.

Gardiner le enviaba dinero, vendía sus pinturas y hasta le remitía honorarios recibidos por las conferencias que daba. Asimismo, el nombre que le dio el psicoanálisis se convirtió en el suyo: no sólo respondía al teléfono diciendo «Habla el Hombre de los Lobos», sino que también firmó sus cuadros y hasta su artículo *Recuerdos de Sigmund Freud,* como el «Hombre de los Lobos». ¿Acaso no fue este bautismo lo que en cierto modo solucionó el problema de Pankejeff de situarse a sí mismo en relación con el padre, un problema que estaba en el mismo núcleo de su «neurosis» infantil? Mientras que durante su infancia la tarea de definir la relación entre Jesucristo y Dios le había

torturado, ahora había surgido una solución; en su trabajo con Freud dijo: «No me sentía tanto como un paciente, sino como un colaborador, el camarada más joven de un explorador experimentado que parte para examinar un territorio nuevo, recién descubierto». Fue este lugar de «colaborador» del «explorador experimentado» lo que le proporcionó su identificación estabilizadora.

Debemos recordar ahora que para Pankejeff el problema real de la escena primaria había sido cómo posicionarse a sí mismo. Desear ser un objeto de su padre se había vuelto insoportable tras revivir la escena sexual, ya que implicaba ser una mujer y, por lo tanto, perder su pene. Entonces, ¿qué era él para su padre? Pankejeff debió de considerar diferentes configuraciones de esta relación, y Brunswick menciona que su «fantasía favorita» era la de Pedro el Grande y su hijo Alexis, que murió a manos de su padre a pesar de haber renunciado al trono y haber huido a Viena. Podemos interpretar esta fase religiosa como un intento de reformular este hecho, cifrando la relación padre-hijo en nuevos términos. Al haber nacido el mismo día que Jesucristo, parecía que una identificación con el hijo de Dios le permitiría situar su relación con su padre. Ser Jesucristo para Dios sería menos peligroso que ser una mujer para su padre.

Pero esta solución no funcionó. Le molestaban la violencia y la sexualidad que parecían caracterizar la relación entre Jesucristo y Dios. Se preguntaba si había matado Dios a su hijo y si tenía Jesucristo una «parte trasera». Podía imaginarse perfectamente a Jesucristo siendo como una mujer para un hombre, una comparación que debe haber evocado exactamente esos aspectos traumáticos de la escena primaria que su devoción religiosa había tratado de evitar. Pero ahora el lugar del colaborador establecía una distancia y un mínimo de tensión erótica, en lugar de la confrontación directa y no simbolizable del padre y el hijo. Más que padre e hijo, se trataba de explorador y colaborador trabajando juntos.

Y esto explica el desencadenamiento de la psicosis de Pankejeff en los años veinte. Ocurrió en dos momentos específicos: en 1923 y en 1936. La primera vez, la comunidad psicoanalítica acaba de enterarse de que Freud tenía cáncer y todos creían que su muerte era inminente. Pankejeff se quedó horrorizado al ver la deteriorada imagen de su antiguo psicoanalista tras someterse a una operación de paladar en abril de ese año. La paranoia estalló exactamente en ese momento, puesto que la muerte de Freud significaría que Pankejeff perdería el lugar que ocupaba para Freud y el psicoanálisis. Ahora no habría nada que lo protegiera y apareció el espectro de un padre amenazante e intrusivo. El hecho de que se masturbase con imágenes obscenas en esta época es significativo, como veremos después.

La importancia de su lugar con respecto a Freud queda clara en sus

memorias y en las conversaciones que mantuvo con Obholzer. Pankejeff explica lo perturbador que era que Brunswick lo hubiera tildado de «paranoico», prologando su comentario con la opinión de Freud de que su paciente era «de una inteligencia impecable». Freud lo había elogiado como un «pensador de primer orden», un elogio que, sin duda, era incompatible con el diagnóstico de paranoia. Pankejeff explica que, a causa de esto, se obligó a solucionar cuanto antes el problema de la nariz: «Reuní toda la fuerza que pude. Paré de mirarme al espejo y, de algún modo, dejé atrás esos pensamientos». El esfuerzo de preservar la imagen que él creía que Freud tenía de él, por tanto, tuvo un efecto curador. Incluso si la versión de Pankejeff es imprecisa, la lógica es reveladora. Como le comentó a Obholzer: «Mack emitió un diagnóstico incorrecto, y con este diagnóstico incorrecto me curó». El mecanismo de restitución en este caso fue preciso: convertirse en el colaborador ideal, y no en el paranoico.

En 1936 el problema fue similar. En este momento, Freud se vio implicado en una polémica con su estudiante Otto Rank, quien publicó un monográfico en el que cuestionaba la interpretación del famoso sueño de los lobos. La disposición de los lobos en el árbol, señaló, guardaba un parecido asombroso con las disposición de los seguidores de Freud en las fotos que colgaban de la pared de su oficina. Visibles desde el diván, habrían despertados los celos de Pankejeff de los «hijos» analíticos de Freud, entre quienes quería contarse y a quienes quería aventajar. Rank sostenía que Pankejeff estaba trasladando los celos infantiles que sentía por su hermana, presente antes que él en el árbol genealógico familiar, a los seguidores de Freud. ¿No era entonces el sueño de los lobos una proyección retrospectiva en su infancia de su relación contemporánea con Freud y el psicoanálisis? Esta parte de la interpretación de Rank es bastante aguda: incluso si el sueño no estaba basado en las fotografías, notó la importancia de la mirada psicoanalítica del paciente.

A Freud le preocupaban estas críticas y escribió una carta al Hombre de los Lobos pidiéndole que confirmara la fecha y el contenido del sueño. Fue este simple acto lo que desencadenó la psicosis, ya que cuestionó el lugar imaginario que Pankejeff había construido para sí mismo como el queridísimo colaborador de Freud. De repente, se había convertido en objeto de sospecha. Gomo escribió muchos años después, al percatarse de la coincidencia del peor período del síntoma de la nariz con la carta de Freud: «¿Pudo haber habido alguna conexión entre el estallido de mi "paranoia" y las preguntas del profesor Freud?». Podemos plantear la hipótesis de que este cuestionamiento brutal de su identificación imaginaria abriera el abismo de la forclusión, en el que se situaban las imágenes de la madre y la hermana. Ahora estaba increíblemente preocupado por

tener un agujero en la nariz y porque se le hubieran corroído los dientes, justamente dos hechos que evocan la imagen de su madre y de su hermana moribunda, respectivamente.

La estrategia analítica de Brunswick sólo empeoró las cosas, y posteriormente ella admitió que había agravado la psicosis de Pankejeff. Mientras ella intentaba por todos los medios tirar por tierra la autoimagen de Pankejeff del queridísimo hijo de Freud, su paranoia se intensificó, volviéndose extremadamente persecutoria: los médicos y los dentistas trataban de desfigurarlo. Su estrategia clínica había sido «un intento considerable y continuado de socavar la idea que tenía el paciente de sí mismo como el hijo favorito». Cuestionó esta idea de que Freud le había otorgado un lugar privilegiado, incluso preguntándole por qué, si ése era el caso, nunca le habían visto en actos sociales en casa de los Freud, y recordándole que el suyo no era el único caso de Freud que había sido publicado.

Uno podría ver en la estrategia clínica de Brunswick un aspecto de su propia transferencia a Freud, como para demostrarle al paciente que él no era el niño querido del maestro, sino que lo era ella. Fue demasiado precipitado interpretar la relación de Pankejeff con Freud como una idea presuntuosa que requería que la desinflaran, en lugar de una identificación estabilizadora, que no debería haber sido cuestionada, sino reforzada. La técnica de Brunswick fue, por tanto, un gran error. Trató de debilitar una identificación, en lugar de apoyarla, y sólo a posteriori admitió lo «necesaria y protectora» que había sido la idea de Pankejeff de ser el amado colaborador.

A pesar del error de la estrategia inicial de Brunswick, el psicoanálisis fue, sin duda, efectivo. Ubica un momento clave de cambio, que viene marcado por dos sueños. En el primero, al que siguió un aumento de los pensamientos persecutorios, la madre del paciente arranca imágenes sagradas de las paredes de una habitación y las hace pedazos. Él se queda sorprendido ante este acto por parte de su devota madre. Esto marcó «un punto de inflexión», dice Brunswick. En el segundo, está mirando un prado por la ventana, y tras él hay un bosque. El paisaje es similar al del viejo sueño de los lobos, pero es de día, no de noche. Observa las ramas de un árbol determinado, admirando el modo en el que están entrelazadas, y no puede comprender por qué no ha pintado este paisaje todavía.

Así que tenemos el árbol del aterrador sueño original, pero sin lobos que lo miren fijamente. Y, en el otro sueño, se niega la mirada de los iconos religiosos al destruirlos. Los sueños muestran que la mirada persecutoria se ha calmado. Tras el sueño original del lobo, observa Brunswick, Pankejeff no podía soportar que lo miraran fijamente, un detalle ausente en el relato de Freud. Montaba en cólera y gritaba: «¿Por qué me miras así?». Ahora, en lugar de la mirada

amenazante de los lobos, sólo existen la cortina del árbol y el paisaje. Ya no está paralizado por la mirada amenazante de los lobos, sino que, al contrario, se encuentra en la posición de alguien que mira y no de alguien a quien miran. La cuestión de pintar indica que *hará algo* con lo que ve. Ya no es sólo un objeto.

Brunswick señala, muy acertadamente, que la recuperación de Pankejeff se demuestra porque es capaz de leer novelas, hecho que, como él mismo explica, significaba que podía «identificarse» de nuevo con personajes. Esto se debe a que un personaje está en manos de otro —el autor—, lo que nos recuerda la estructura misma de su pregunta de la infancia: ¿cuál es la relación entre padre e hijo? Al mismo tiempo, esta nueva posibilidad de ser capaz de identificarse con los personajes testimonia una nueva capacidad de identificación imaginaria, que se bloqueó cuando su imagen corporal quedó reducida a la de la mujer enferma y agonizante. Ahora podía habitar otras imágenes y leer narrativa. Como dice Brunswick: «A partir de este momento, se encontró bien».

Cuando Brunswick vio a Pankejeff dos años después de este período de análisis, «no había indicios de psicosis», y el siguiente desencadenamiento sólo ocurriría unos veinte años después, cuando, en 1951, se metió en la zona rusa sin darse cuenta. Cautivado por el paisaje de un edificio abandonado que le recordó su infancia, comenzó a pintar, sin ser consciente de que era el aniversario del suicidio de su hermana. La casa, añadió posteriormente, «en realidad, tenía sólo una pared, en la que se veían agujeros negros en lugar de ventanas». Los soldados rusos lo detuvieron, ya que el edificio era, de hecho, un puesto militar. Fue arrestado e interrogado durante dos días y medio, y él se ofreció a llevar sus otras obras para demostrar que la pintura era su «pasatiempo». El oficial ordenó a Pankejeff que volviera al cabo de veintiún días, y que trajera sus paisajes y su documentación.

En este momento, la sensación de persecución se intensificó: pensó que la gente lo miraba y hablaba de él, y experimentó el mismo pánico profundo que tuvo en 1936 con la paranoia de la nariz. Esas tres semanas, dice, fueron «la peor de las pesadillas». No podía creer que él, un ruso, se hubiera adentrado en la peligrosa zona rusa para pintar. ¿Debía o no regresar como le habían ordenado? Finalmente, volvió al puesto ruso, pero nadie pareció prestarle mucha atención: el oficial que le había pedido que regresara ni siquiera estaba allí. Charló con otro oficial sobre el cuadro, y le pusieron en libertad sin más formalismos. Sólo después de muchos meses empezó a pensar que ya no estaba en peligro.

Durante el período entre su captura y su regreso para ver a los rusos, a Pankejeff le invadieron la desesperación y las ideas suicidas.

Pero, ¿qué fue lo que hizo inmediatamente después, que aparentemente le hizo recuperar el equilibrio? Escribió un artículo titulado *Mis recuerdos de Sigmund Freud,* en el que básicamente describe lo que él significaba para Freud. La pura ansiedad de no saber lo que era para el oficial ruso —un espía o un inocente pintor—, quedó resuelta al articular lo que era para Freud. Al hacerlo, restituyó su lugar imaginario como una «pieza del psicoanálisis», el colaborador favorito. Gardiner, sin duda, tenía razón al intuir que este texto le ayudó a «salir de la depresión». De ahí su posterior estabilización.

* * *

La falta de una teoría de mecanismos de restitución es la causa de que generaciones de interlocutores del Hombre de los Lobos no detectaran su psicosis. Buscaban los síntomas vistosos, los que llaman la atención, en lugar de las señales discretas de una psicosis que, la mayor parte del tiempo, era estable. En cierto sentido, no se les puede culpar, puesto que el sólo hecho de mostrar interés en él le ayudaba a mantener su equilibrio. La actitud de quienes lo trataron sostenía su concepción del rol que tenía en la historia psicoanalítica, lo que le proporcionó la estabilización. Ni siquiera una profesional tan buena como Gardiner supo cómo diagnosticarlo. Como conocía la publicación de Brunswick, asumió que para que Pankejeff fuera psicotico, la idea de ser «el hijo favorito» de Freud tenía que haber sido un delirio de grandeza. Como no lo era, y puesto que se prestaba al análisis, descartó el diagnóstico. Reconocer que la psicosis no implica necesariamente delirios de grandeza o mostrarse inaccesible al tratamiento, podría haberla hecho cambiar de opinión. Una identificación imaginaria estabilizadora, al fin y al cabo, no es lo mismo que una identificación ilusoria.

Para Pankejeff, esta estabilización tenía cierta cualidad perdurable. Hasta el final de su vida se vio a sí mismo como una pieza del psicoanálisis. Incluso en la década de los setenta se encontraba con Eissler y otros psicoanalistas y psiquiatras, repasando sus problemas y evocando lo que significaba para el psicoanálisis. Pero, como hemos visto en los capítulos anteriores, en una estabilización suele haber más de un elemento en juego. Podemos conjeturar que, si bien la identificación con un colaborador fue lo que le dio su sensación de identidad más sólida, hubo otros dos aspectos de su vida que le permitieron sobrevivir: el hecho de quejarse de una mujer y pintar.

Con Gardiner y Obholzer, Pankejeff hablaba constantemente del sexo opuesto. ¿Cómo debía tratar a Therese? ¿En qué tipo de lío se había metido? ¿Cómo podía haberse suicidado? Décadas más tarde,

en sus conversaciones con Obholzer, la letanía de quejas continúa: ¿cómo podía Luise aprovecharse así de él? ¿Cómo podía librarse de ella? ¿Cuánto dinero debería darle? En su discurso, repite sin cesar que las mujeres le han arruinado la vida. Con Obholzer, le echa la culpa a la fijación que sentía con Anna: «El complejo fraterno me arruinó la vida», dice, y apenas podía hablar de otra cosa que no fuera de lo imposible que era Luise. Al final, es difícil no llegar a la conclusión de que Pankejeff necesitaba quejarse, como si una mujer se hubiera convertido en su síntoma.

Podemos detectar una separación entre la mujer como síntoma, odiada, amada y, en última instancia, perseguidora, y la mujer más amable y benévola, encarnada por Gardiner, la gobernanta Tini y, al final de su vida, por la hermana Anni. Anni era una enfermera privada, pagada por Gardiner y el Archivo Sigmund Freud, que pasaba varios días a la semana con él. Según Gardiner, aquí «no había ambivalencia», al igual que no la había habido con Tini, cuyo lugar al parecer había llenado Anni. Estas mujeres se dedicaban a él, y él aceptaba su ayuda con gratitud y reconocimiento, como si le permitieran escapar del «amor-odio» de su relación con Luise. Curiosamente, el texto que Gardiner escribió tras su muerte refleja exactamente esta separación. Se trata esencialmente de una demonización de Karin Obholzer, como para separar a la mala Obholzer de la buena Gardiner.

Pero, ¿por qué, podemos preguntar, era tan importante para Pankejeff tener a una mujer «imposible» a su alrededor? La queja en sí misma quizá lleva implícito un rasgo que tomó de su madre. De niño, la había oído decir: «No puedo vivir así», y estas palabras resuenan en su discurso sobre las mujeres. En una ocasión también había comentado que Therese era «una mujer con la que ningún hombre podía entenderse», y esta sensación de imposibilidad parece haber dejado una huella en sus relaciones posteriores con mujeres, a excepción de Tini y la hermana Anni. Es obvio que Luise ocupaba el lugar del perseguidor de Pankejeff. «No puedo describirte lo horrible que es esta mujer», le dice a Obholzer en repetidas ocasiones. Después de haberle propuesto que se casara con él y reconsiderarlo, ella comenzó a exigirle dinero sin parar, reprochándole continuamente su indiferencia. Pankejeff le dio gran parte del dinero de su jubilación, así como otras cantidades importantes, desoyendo los consejos de todos. Aunque estaba desesperado por cancelar su deuda con ella, permanecer atado a ella parece haber sido más importante que separarse realmente. Gardiner se ofreció a ayudarle a trasladarse a Suiza o Francia para escapar de ella, pero él no aceptó la oferta: esta situación insoportable era, de hecho, algo que le venía bien.

Tras jubilarse en 1950, es obvio que Pankejeff se enfrentó a

sentimientos depresivos graves y a una creciente sensación de desesperación, y podemos asumir que lo que le ayudó a llenar este vacío fue este tortuoso embrollo con las mujeres, como si la frase de su madre: «No puedo seguir viviendo así», fuera exactamente lo que le permitía vivir. La queja que formuló ante Obholzer: «el complejo fraterno arruinó mi vida», puede considerarse no tanto como una reinterpretación de su pasado, sino simplemente como una forma diferente de intentar convertir a la mujer en su síntoma, en la causa de su sufrimiento. Obholzer tenía razón al describir a Luise como un «punto fijo» para él, y quizá la función de este punto era la de proporcionarle cierta estabilidad.

Identificar a una mujer como la cruz de su existencia puede haber sido vital para Pankejeff por una sencilla razón, si podía localizar la libido invasiva fuera de él, sería capaz de reducir el sufrimiento y la perplejidad que sentía en lo referente a su cuerpo y su imagen corporal. También es interesante puntualizar que Pankejeff le dijo a Obholzer que su padre le había restringido el acceso a su herencia hasta que cumpliera veintiocho años, porque tenía miedo de que su hijo cayera en manos de una mujer sin escrúpulos, «una ladrona». Él pensaba que su padre había tenido una amante que precisamente había jugado un papel similar, una mujer que incluso tenía un palco en el teatro pagado por él. Entonces, ¿fue casual que de todo lo que se quejaba ante sus interlocutores posteriores fuera de que Luise le estaba dejando desnudo, quitándole todo el dinero?

Esto da una perspectiva distinta de la queja de Pankejeff. ¿Acaso no podemos considerarlo como una forma de mantener la barrera del incesto? Había elevado la preocupación del padre sobre una «ladrona» a una especie de preocupación omnipresente: suponía una prohibición de las mujeres, pero, al mismo tiempo, le ofrecía el único modelo de relación «hombre-mujer» que estaba a su alcance. Se trataba de una relación que también llevaba el sello maternal de la imposibilidad, y le permitía alejarse del lugar de ser un objeto para su padre, que Freud creía que había sido crucial en su infancia. Esto se evoca en un momento de transición particularmente extraño en las entrevistas con Obholzer. En cierto momento, le está describiendo cómo las tropas rusas se llevan al hijo de un médico ruso para que haga de intérprete y, de repente, dice: «Ya ves, uno ha vivido todo tipo de situaciones y entonces va y se enfrenta a un enigma con esta estúpida mujer y no sabe qué hacer». El discurso sobre Luise inmediatamente acapara la cuestión de una relación entre padre e hijo.

Si bien las quejas sobre una mujer parecen estar más presentes cuanto más lejos queda su análisis con Freud, hay otro elemento que tenía un efecto calmante y tranquilizador para Pankejeff: la pintura. Recordemos el detalle del sueño que tuvo con Brunswick, en el que se

pregunta por qué todavía no ha pintado la escena que tiene ante sus ojos. La imagen pintada entra por tanto en un lugar en el que había horror. La mirada de los lobos ha desaparecido, y ahora él es un sujeto que pinta y no un objeto al que observan. La pintura fue un tema constante en su correspondencia con Gardiner, y ella comenta que, en sus períodos de mala salud, casi cada carta contiene un lamento al respecto de ser incapaz de pintar. Pintar o no se había convertido en una especie de barómetro de su vida física. De hecho, justo después de describir la muerte de su esposa, escribe que «pasó un año y medio antes de que pudiera volver a pintar», como si esto fuera una medida real de su recuperación.

Para Pankejeff, la pintura parece haber tenido una doble función: apaciguar la mirada invasiva dirigida a él y absorber y canalizar la libido. Le decía a Gardiner: «A menudo estaba tan hechizado por un paisaje que a veces sentía una necesidad irresistible de pintar ese paisaje lo antes posible». El punto de urgencia indica el impulso, y sabemos que cuando se enteró de la noticia del cáncer de Freud, empezó a masturbarse con imágenes obscenas. Se recurre a la imagen en el momento de mayor inquietud y ansiedad, como una pantalla. Cuenta que Luise le riñó una vez por mostrarle sus pinturas después de mantener relaciones sexuales con ella, y podemos preguntarnos si este hecho no tenía en común la misma cualidad compulsiva, como si tuviera que introducir una imagen que mediara entre los dos.

Antes del punto de inflexión clave en el análisis con Brunswick, otro de sus sueños con lobos muestra el lugar de esta imagen. En una parte de su sueño, una manada de lobos grises está al otro lado de una pared, todos juntos detrás de una puerta, empujándola con las patas sin parar. Les brillan los ojos, y es evidente que quieren atacar a Pankejeff, a su mujer y a otra mujer. Él está aterrorizado, y teme que consigan tirar abajo la pared. A este sueño le sigue otro en el que su madre hace pedazos imágenes sagradas, y, quizá, podamos considerar que la pared representa la imagen misma. Esto es lo que le protege de la presencia amenazante de los lobos, que, como Freud y Brunswick sugirieron, señalan el aspecto invasivo del padre.

Aunque la pintura, quejarse de una mujer e identificarse con el colaborador del avezado explorador Freud permitieron a Pankejeff llevar una vida relativamente normal, no debemos considerar este caso como un éxito del psicoanálisis. No fueron las interpretaciones de sus psicoanalistas lo que le ayudaron, sino cómo fue capaz de utilizar el lugar en el que le pusieron. Si el psicoanálisis lo alienó, volviéndole una especie de mascota, él dio un uso a esta alienación, mediante la identificación que forjó a su alrededor. Se trataba de una alienación que le permitió construirse una vida, incluso si nos preguntamos qué otros caminos podrían haberse abierto si sus psicoanalistas hubieran

adoptado estrategias diferentes y hubieran sido más sensibles a las cuestiones diagnósticas que hemos comentado.

Cuando Muriel Gardiner editó y publicó sus memorias en 1971, el título que eligió definitivamente reflejaba esta alienación: *El Hombre de los Lobos por el Hombre de los Lobos.* La curiosa repetición no era una tautología, ya que fue la huella del psicoanálisis lo que permitió a Pankejeff encontrar una identidad. Estas no eran las memorias de Sergei Pankejeff, sino las del Hombre de los Lobos. Tras su muerte, cuando Gardiner preparó la edición francesa, eligió otro titulo: *L'Homme aux loups par ses psychoanalystes et par lui-même* (El Hombre de los Lobos por sus psicoanalistas y por él mismo). Esta nueva fórmula, quizá, hizo el proceso de refracción aún más obvio: el libro estaba escrito primero por «sus psicoanalistas» y sólo en segundo lugar, por «él mismo», como si él esencialmente fuera un subproducto del psicoanálisis.

Muchas veces, los críticos comentan que, a pesar de pasarse la vida en tratamiento, Pankejeff sufrió muchísimo y los que se esforzaron por ayudarlo, a veces, supusieron un perjuicio. Asumen que debería haber sido más autónomo, sufriendo menos y distanciándose del mundo del psicoanálisis. Pero, como hemos argumentado, quizá la forma que adoptó su sufrimiento tenía que representar un papel en el equilibrio que consiguió mantener, como hizo su relación con el psicoanálisis. En cuanto a la cuestión de la autonomía, Pankejeff dependía de los síntomas del mismo modo que dependemos todos. Aunque algunos síntomas nos impiden vivir, otros nos permiten vivir. Pueden traducirse en actividades solitarias o en vínculos con otras personas. En el caso de Pankejeff, siempre recurrió a los que estaban a su alrededor, desde su más temprana infancia hasta sus últimos días en el hospital. Igual que al principio buscó una respuesta en su familia y, después, en sus interlocutores analíticos, sus últimas palabras a la hermana Anni condensaron su perpetua y desesperada llamada al Otro: «No me dejes».

ii. SHIPMAN

La locura y la normalidad no pueden parecerse más que en el caso del asesino británico más prolífico. Harold Shipman vivió durante décadas sin levantar sospechas, y eso que compaginó su modesta vida de buen ciudadano con homicidios descontrolados... Aunque no hay acuerdo respecto al número de víctimas, asesinó al menos a 250 personas, y, con toda probabilidad, a muchas más. A pesar de esta extraordinaria pasión homicida sin parangón, en el caso de Shipman no hay estallidos de violencia, ni conductas no apropiadas socialmente, ni sistemas ilusorios evidentes que sintiera que debía transmitir. De hecho, cuando los psiquiatras entrevistaron a Shipman, no encontraron indicios de «enfermedad mental».

En lugar de tomar en serio este veredicto, ¿por qué no volver a admitir que la locura no debe identificarse con sus manifestaciones visibles? Las señales de locura pueden ser —y suelen ser— muy discretas. La locura y la vida normal, en la mayoría de los casos, son más compatibles que opuestas —aunque no en todos los casos—. La historia de Shipman es fascinante no sólo como caso de estudio de la locura silenciosa, sino también porque nos muestra cómo responde la sociedad a las cuestiones de la locura y el crimen. Hace unos años impartí una conferencia sobre Shipman, y recibí cartas de ancianos que decían que, si Shipman estuviera vivo y ejerciendo, no dudarían en acudir a su consulta. Esto fue bastante después del juicio y de la Investigación Shipman, liderada por la jueza Dame Janet Smith, que le declaró culpable de más de 300 crímenes.

Las respuestas de los medios, por su parte, se enfocaron mayoritariamente en el demonio que habitaba en el interior de este extraño médico. En ausencia de una teoría seria que explicara sus actos, se recurrió a una noción casi religiosa de maldad pura. ¿Cómo podía hacer algo así un ser humano? ¿Qué motivos podía haber tenido? La falta de una explicación rápida hizo que la etiología se volviera invisible e intangible: una especie de fuerza maligna en su interior. Curiosamente, éste es exactamente el tipo de pensamiento que a veces observamos en las explicaciones que dan los asesinos sobre sus actos: el acto homicida, dicen, estaba destinado a acabar con el demonio que habitaba el corazón de su víctima. El «loco» y el «cuerdo» comparten en este caso un delirio: que existe un ente interior misterioso y maligno que debe ser destruido. Para el asesino, está en la víctima; para la sociedad, está en el asesino.

La opinión de los profesionales no mejoró mucho la cosa. El psiquiatra Richard Badcock, que entrevistó a Shipman antes del juicio, habló de «un increíble estímulo intelectual al asesinar» y de «una sustitución de la eyaculación basada en el poder». El único psiquiatra que lo entrevistó desde su arresto sugirió que Shipman sufría «un desorden espiritual que transciende a los diagnósticos convencionales de la medicina, la psicología y la religión», concluyendo: «Es demoníaco». Y el detective superintendente jefe que llevó el caso lo resumió con las palabras: «salió el demonio que llevaba dentro».

Leer las opiniones de los expertos del caso en la Investigación Shipman también es una experiencia perturbadora. No sólo muestran que no analizaron en profundidad el material, sino que pone de manifiesto un triste anquilosamiento del conocimiento psiquiátrico. A pesar de las más de 270 000 páginas de pruebas y de un presupuesto de más de 20 millones de libras esterlinas, las conclusiones no revelan mucho más de lo que uno podría sacar de un cuestionario de Internet: consideran que Shipman sufre de una «personalidad adictiva», «baja autoestima», «una conciencia corruptible», «una personalidad rígida y obsesiva» y «una profunda necesidad de controlar a las personas y los acontecimientos»; de hecho, cualidades que probablemente nos caracterizan a muchos de nosotros. No nos dicen nada de él o de por qué cometió los crímenes, y todavía es más significativo ver que los informes no recogen que se pudiera detectar ningún indicio de psicosis. Los psiquiatras de la Investigación Shipman especifican que «podía ser psicotico», aunque hacen hincapié en el hecho de que «no hay pruebas de que lo sea», a pesar de la enorme cantidad de material a su disposición. Varios psiquiatras distintos que han comentado el caso también afirman categóricamente que Shipman no era psicotico, aunque puede que tuviera un «trastorno de personalidad». En un resumen de opiniones de expertos, Brian Whittle escribe que Shipman «no estaba de ninguna manera enfermo de psicosis» y que la psicosis sin medicación es «un estado errático e ingobernable». Un sujeto psicotico, asume, «mostraría signos de su enfermedad en otras facetas de su vida». Pero ésta es exactamente la opinión que hemos cuestionado, y que es esencial admitir para comprender el caso de Shipman.

Con un poco de suerte, una interpretación más equilibrada puede animarnos a no simplificar estas opiniones para tratar de comprender cómo pudo ocurrir esta serie de homicidios. Shipman nunca dijo por qué lo hizo, ni siquiera que lo hiciera, y muchos de los familiares de las víctimas sintieron que su suicidio, en enero de 2004, les había privado de respuestas. Durante un tiempo, Shipman encarnó esta misma idea de privación de significado, y de ahí, quizá, el recurso a las disparatadas nociones del mismo demonio. Se esperaba que algún

día revelaría todo, algún motivo o causa que daría «carpetazo» al caso. Viñetas en los periódicos que lo retrataban como la parca sugerían, al contrario, que, como la misma muerte, ninguna explicación podría despejar el enigma y la opacidad que rodea el momento de abandonar la vida.

La información biográfica sobre Shipman no es tan voluminosa como podría parecer ante la multitud de biografías que existen. Hay testimonios de conocidos, colegas y compañeros de celda, unos pocos interrogatorios policiales, y los detalles de los mismos crímenes de los informes policiales y de la Investigación Shipman de Janet Smith. Las partes de su correspondencia que se han hecho públicas pueden darnos información, pero lo que no tenemos es el discurso directo de Shipman o de su familia más cercana: nada que pueda explicar, justificar o describir lo que ocurrió.

Obviamente, esto simplificaría la tarea del investigador, pero además de intentar arrojar luz sobre la pregunta de por qué hizo Shipman lo que hizo, es importante utilizar el caso para pensar en qué más necesitaríamos saber para comprender mejor. ¿Qué preguntas debemos hacer para averiguar más? ¿Eran los asesinatos un indicio de su locura o, en realidad, un intento desesperado de afrontar situaciones que habían impedido que su locura normal y cotidiana siguiera funcionando?

* * *

Shipman nació en enero de 1946, y fue el segundo hijo del camionero Harold Shipman y su mujer, Vera, hija ilegítima de una cortadora de cordones de zapatos. No se sabe mucho de su infancia, que pasó en una casa de protección oficial en Nottingham, aunque las fotos del colegio le muestran bien vestido, con pajarita, en contraste con sus compañeros de clase. Parece que no era particularmente sociable, aunque no estaba en absoluto aislado del resto de los niños. Varias versiones describen que estaba especialmente unido a su madre, como si hubiera entre ellos una especie de «telepatía mental», que Harold estaba mimado y consentido, y que se metía en la cama de sus padres con su madre si su padre estaba fuera trabajando o en el pub. Vera, sostienen, tenía muchas esperanzas puestas en su hijo, y a los once años éste consiguió una beca para ingresar en la escuela selectiva[5] High Pavement, donde trabajó con esmero, aunque sin alcanzar ningún éxito académico notable.

Poco después de que Shipman cumpliera diecisiete años, a Vera le diagnosticaron un cáncer de pulmón, y murió menos de seis meses después, a los cuarenta y tres años. Durante estos meses, el médico la

visitaba con regularidad en su casa para ponerle inyecciones de morfina, y parece que Vera y su hijo pasaban muchas horas hablando. Destrozado por la muerte de su madre, tuvo que repetir un curso en la escuela High Pavement para volver a examinarse antes de ingresar en la Universidad de Leeds.

Shipman conoció a su futura esposa, Primrose, en el autobús que tomaba para ir a clase, y no pasó mucho tiempo antes de que ésta se quedara embarazada. Parece que esto fue un escándalo para ambas familias, y abrió una brecha que nunca se curó. Se casaron en noviembre de 1966, sin las bendiciones que una joven pareja esperaría de sus familias, y su primer descendiente, una niña, nació tres meses después. Tendrían tres hijos más, todos niños, nacidos en 1971, 1979 y 1982.

Al licenciarse, Shipman empezó a trabajar en el Pontefract General Infirmary, en el que estuvo cuatro años, hasta 1974. Se diplomó en pediatría y en ginecología y obstetricia, y, probablemente, fue en Pontefract donde empezó a abusar de las drogas. Shipman empezó a consumir petidina, un medicamento que se utiliza para aliviar los dolores del parto o como analgésico anterior a la morfina, y se inyectaba la droga regularmente.

En abril de 1974, consiguió un nuevo trabajo en el Abraham Ormerod Medical Centre, en la localidad cercana de Todmorden, y posteriormente afirmó que comenzó a consumir petidina ese mes de mayo a causa de la depresión que le sobrevino ante la oposición que encontró por parte del personal más veterano ante a sus sugerencias sobre cómo mejorar la atención médica en el centro. No obstante, le ascendieron rápidamente, pasó de médico de cabecera auxiliar a médico de cabecera principal, y su buen hacer y dedicación le valieron la admiración de pacientes y compañeros. «Era un santo, una persona realmente buena», recordó uno de sus pacientes en Todmorden. Era un miembro respetado de la asociación local Canal Society, donde ayudaba a limpiar y preservar el canal que atravesaba el valle de Todmorden. Sin embargo, al mismo tiempo, ya había empezado a asesinar. Aunque es posible que hubiera asesinado antes en Pontefract, lo que parece cierto es que fue a mediados de los setenta, en Todmorden, cuando se estableció la pauta de los homicidios.

Fue en el verano de 1975 cuando los compañeros de Shipman empezaron a notar que algo no iba bien. Se había desmayado durante una intervención quirúrgica y, después, en su casa, y lo interpretaron como un efecto del «estrés». El consumo masivo de petidina de Shipman había aumentado, y tenía los brazos y las piernas llenos de marcas de los pinchazos. Le dijo a sus compañeros que tenía epilepsia,

pero un farmacéutico local se dio cuenta de las grandes cantidades de petidina que estaba recetando, a menudo falsificando la documentación necesaria. Shipman ya había pasado el mal trago en julio de acudir a una entrevista con el inspector encargado del tema de fármacos en el Ministerio del Interior, pero el farmacéutico estaba convencido de que las recetas no eran legales. Los colegas cirujanos se enfrentaron a Shipman, que reconoció su adicción a las drogas, y se le retiró la licencia.

A este hecho le siguió una investigación policial, y Shipman volvió a admitir su adicción a la petidina, accediendo a buscar ayuda. Pasó un tiempo en The Retreat de York, rehabilitándose, parece, pero se negó a ver a los psiquiatras. Un informe afirma que reconoció haber tenido pesadillas desde que murió su madre, pero no se dan más detalles. A principios de 1976, se declaró culpable de haber robado fármacos y falsificado recetas, pero los psiquiatras recomendaron que se le permitiera continuar trabajando. «Sería una catástrofe», escribió un psiquiatra al tribunal, «que no se le permitiera continuar ejerciendo».

La familia Shipman se mudó entonces a County Durham, donde Shipman siguió realizando discretas investigaciones médicas y haciendo trabajos de coordinación hasta poco antes de septiembre de 1977, cuando consiguió un trabajo en la consulta Donneybrook House, en Hyde, cerca de Manchester.

Entusiasta, comprometido y trabajador, Shipman volvió a ganarse el respeto de pacientes y colegas. Además de trabajar muchas horas, se unió a la brigada St. John Ambulance, donde enseñó primeros auxilios a voluntarios y formó a niñeras. Asistente asiduo a todas las actividades de desarrollo profesional organizadas en su campo, no se perdió ni una reunión en las universidades de Manchester y Liverpool, ni en el Tameside General Hospital. Empezó a asesinar en su nueva consulta poco después de llegar a Hyde.

Sus víctimas eran hombres y mujeres de edad avanzada, que a menudo padecían enfermedades crónicas o que hacía poco que habían perdido a un ser querido. Los asesinatos de Hyde empezaron poco a poco, al principio, sólo uno por mes, pero aumentaron durante la década de los ochenta, cuando Shipman ejecutaba a cuatro o cinco víctimas por mes, sobre todo en los meses de diciembre a febrero. Desaparecieron algunos objetos de las escenas de los homicidios, siempre artículos de pequeño valor.

Como había ocurrido en Todmorden, Shipman tenía ideas sobre cómo mejorar la atención médica, y le molestaba encontrarse con obstáculos para llevarlas a la práctica. Este interés por reformar la asistencia sanitaria le dio la ocasión de conceder una serie de entrevistas en televisión y prensa escrita: hizo algunos comentarios

muy sensatos sobre la «enfermedad mental» en *World in Action,* y se le citó en la prensa médica sobre el tema de la adicción y el alcoholismo en la profesión. Adoptó la posición de experto con entusiasmo, y estaba impaciente por transmitir sus conocimientos.

En enero de 1985 el padre de Shipman murió de un infarto. Pauline, la hermana de Shipman, había estado viviendo con su padre y, tras su muerte, vendió la casa y se mudó con su hermano pequeño, Clive. El testamento estipulaba que la casa era para ella, y parece que Harold había sido totalmente excluido de la herencia. En el trabajo, Shipman parecía más retraído, y los compañeros y el personal de la consulta intuían que algo andaba mal: aunque seguía siendo el médico perfecto con sus pacientes, con el personal podía mostrarse arrogante, susceptible y controlador.

Sin duda, ésta fue una de las razones por las que, después de casi catorce años en Donnybrook, montó su propia consulta, llevándose a algunos empleados para fundar Market Practice. Aquí podía poner en práctica su propia filosofía de asistencia sanitaria sin obstáculos: recetar los medicamentos que él quería, evitar ingresos hospitalarios innecesarios y dar un cuidado personalizado y excepcional a sus pacientes. Las autoridades sanitarias locales estaban impresionadas, y la consulta prosperó. Respondía con rapidez a las visitas a domicilio y daba citas en un tiempo récord. Cuando las autoridades sanitarias le preguntaron por qué no tenía una enfermera de guardia en la consulta, Shipman respondió que él mismo se ocuparía de todo. Realmente, era un médico único e incomparable.

El cartel colocado en la pared del edificio decía: «Entrada de la consulta de medicina del Dr. Shipman», como si lo que se despachara allí no fuera simplemente medicina, sino la medicina del Dr. Shipman. La ola de matanzas empieza a aumentar en 1993/93. Tenía una lista de cerca de 3 100 pacientes, y los homicidios continuaron hasta su detención, en 1998, alcanzando su punto álgido en 1995. Investigaciones posteriores reprodujeron las escenas de los asesinatos de Shipman como si se tratara de una especie de *tableau vivant.* Visitaba a pacientes de avanzada edad que normalmente vivían solos. En sus notas figuraba como una visita de rutina o no solicitada. Inyectaba a sus víctimas el potente opiáceo diamorfma, que normalmente causaba la muerte en unos pocos minutos. Afirmaba que ya estaban muertos cuando él llegó o que murieron tras su visita. Encontraban a las víctimas completamente vestidas, por lo general, en una silla de ruedas. Al explicar cómo había entrado, a menudo decía que le habían quitado el seguro al pestillo para que la puerta pudiera abrirse. A veces, iba con un vecino que tenía una llave y «descubría» el cadáver. Con frecuencia, modificaba sus notas, indicando que el momento de la muerte se acercaba, ya fuera antes o después del

asesinato. La invención más común en sus notas era la fabricación de un historial de problemas cardíacos. Este método es interesante debido a su consistencia. Observamos que no sólo lleva implícito un asesinato, sino también, con cierta frecuencia, la organización del momento del descubrimiento y el hecho de estar presente en la escena.

Al subir la tasa de mortalidad, una empresaria local de pompas fúnebres empezó a sospechar del hecho de que fuera siempre Shipman el que certificara la muerte de los pacientes locales. Habló con un médico de Hyde, que a su vez informó al forense, y éste, a la policía. Pero la falta de pruebas, unida a un error administrativo que tuvo como resultado una tasa de defunción errónea, evitó que la investigación continuara y, tras unas cuantas conversaciones con otro empresario de pompas fúnebres, cerraron el caso en marzo de 1998. Es probable que Shipman supiera entonces que estaba bajo sospecha, y este hecho pudo haber tenido impacto en los acontecimientos posteriores.

* * *

El descubrimiento de los crímenes de Shipman se produjo a causa de una serie de torpezas, que muchos estudiosos han interpretado como un signo de que buscaba que lo detuvieran. Shipman le había hecho un análisis de sangre a Kathleen Grundy, ex alcaldesa de Hyde, en junio de 1998, y le había pedido que firmase unos papeles relacionados con ello en su consulta. Después, pidió a otro paciente que firmase un documento que estaba doblado, y que parecía ser algún tipo de formulario médico, de hecho, era el testamento de Kathleen Grundy, que ahora ya tenía la firma del testigo que le faltaba. Shipman había redactado el testamento él mismo, en el que le legaba todos los bienes materiales «para recompensarlo por todos los cuidados que me ha prestado a mí y al pueblo de Hyde». Era, se mire por donde se mire, un pobre intento de falsificación: estaba mal mecanografiado, le faltaban letras y hasta tenía una huella dactilar.

Ese mismo día, Shipman envió por correo el testamento falsificado a un bufete de abogados local, junto con una carta firmada «K. Grundy», que decía: «Deseo que el Dr. Shipman se beneficie de mi herencia, pero si él muriese o no la aceptase, que la herencia pase a mi hija». El bufete, sin embargo, nunca había representado a Grundy, así que no supo cómo interpretar este documento. Al día siguiente, Shipman visitó a Grundy y le administró la inyección letal de diamorfina que se había convertido en su marca distintiva. Esperó un día más y falsificó su historial médico, antedatando notas y sugiriendo que había sido adicta a las drogas; así, posteriormente, podría decir

que él sospechaba que tenía una adicción a la heroína o la petidina. Las notas dicen: «Niega que tome drogas, excepto medicamentos para el síndrome del colon irritable», y, posteriormente: «Niega todo».

Apenas una semana después, Shipman envió otra carta a los abogados para informarles de la muerte de Grundy, esta vez firmada «S» o «F. Smith», «un amigo» que había mecanografiado el testamento pero que no facilitaba una dirección de contacto. Los abogados se pusieron en contacto con la hija de Grundy, que era también abogada y que ya tenía en su poder una copia original del testamento de su madre, que le legaba sus bienes exclusivamente a ella. Supo al instante que el segundo testamento era una falsificación, y llamó a la policía. El cuerpo de Grundy fue exhumado y, anticipándose a los resultados, Shipman añadió a su historial más referencias a su supuesta adicción a las drogas. Guando se encontrara morfina en el cuerpo, tendría que haber una buena explicación para ello.

El alcance y la magnitud de los asesinatos de Shipman enseguida salió a la luz. Durante la investigación, la gente de Hyde envió tarjetas y cartas de apoyo a la consulta del queridísimo doctor. Pocos podían creer las acusaciones, pero, al comprobar los familiares de los fallecidos las versiones de Shipman de las muertes de sus seres queridos, surgieron las discrepancias. Aunque había afirmado que, en algunos casos, había visitado al fallecido en su casa porque le habían llamado, los registros telefónicos no concordaban con esta versión. Crucialmente, el disco duro del ordenador de Shipman también conservaba detalles de las fechas de las adiciones a las notas de los pacientes tras sus muertes, un hecho que, al parecer, él no había previsto.

Había sido arrogante con la policía, identificándose una y otra vez como la única autoridad en medicina y diciéndoles que simplemente no entendían las cuestiones médicas. Pero los registros del disco duro mostraban que había fabricado historiales médicos que en teoría databan de años antes, unas veces en el mismo día, otras veces sólo horas antes de asesinar a sus víctimas. Exhumaciones posteriores demostraron la culpabilidad de Shipman sin atisbo de duda. Fue acusado de asesinato y condenado a pasar el resto de su vida en prisión.

En la cárcel seguía siendo médico, dando consejos tanto a los presos como al personal: pasaba consulta los domingos en su celda. Había que dirigirse a él como «Doctor» y escribió varias veces desde la cárcel al miembro del parlamento local expresándole su preocupación sobre la calidad de la atención que recibirían sus pacientes durante su ausencia. En particular, le preocupaba que el médico suplente estuviera utilizando una lista restringida de medicamentos, en lugar de su selección más cara y cuidadosamente elegida. A menudo

evocaba esta preocupación por que se administrara la medicación adecuada a los pacientes, a los que les decía qué medicamentos tenían que pedir a los médicos de la prisión. Aparte de eso, Shipman se pasaba el tiempo traduciendo *Harry Potter* al Braille.

Para Shipman resultó catastrófico que lo trasladaran de su celda habitual a otra celda cerca del ala del hospital, ya que le privaron de su consulta en la cárcel. Intentó suicidarse una primera vez, colgándose de una toalla, antes de acabar con su vida ahorcándose el i3 de enero de 3004. Una copia del *Enrique iv* de Shakespeare reposaba en la mesita de noche que se encontraba a los pies de su cuerpo.

Así que, ¿qué puede contarnos la información biográfica sobre los homicidios de Shipman? ¿Qué pistas pueden apuntar en la dirección correcta? ¿Y por qué ese extraño *tableau vivant* que tenía que crear una y otra vez con sus víctimas? La única teoría psicológica real que se ha planteado sobre Shipman es que estaba obsesionado con la muerte de su madre. En los meses que la precedieron, el joven Harold la observaba mientras le administraban sus inyecciones diarias de morfina para aliviar su sufrimiento. Murió en un coma inducido por la morfina, con sus dos hijos, Harold y Clive, a su lado, después de que el médico de la familia le hubiera administrado una última dosis letal de la droga. Casi inmediatamente después, Shipman salió de casa y corrió dieciséis kilómetros bajo una fuerte lluvia por las calles de Nottingham y de la campiña que la circunda.

Al ver al médico administrarle la morfina, decidió convertirse en médico, y la agonía de su muerte le condenó a repetir esta escena con sus víctimas una y otra vez. Esta explicación parece tentadora, puesto que fusiona la imagen del salvador y del asesino. Al fin y al cabo, éste fue el papel que Shipman representó en su carrera como médico y asesino. Sin duda, existe una contradicción en esta figura de médico que administra una dosis letal de morfina: el que se supone que salva vidas es también el que las quita. ¿Estaba Shipman obsesionado con este momento insoportable de unión de la vida y la muerte?

El problema con esta versión es que los hechos son en gran parte imaginados, compilados a partir de rumores y de personas que, probablemente, ni siquiera eran cercanos a la familia. En realidad no sabemos si Harold se ocupó de su madre moribunda —una de las versiones dice específicamente que no lo hizo— o si fue testigo de las inyecciones, al igual que no conocemos los detalles médicos de su enfermedad y de su muerte. Lo único que sabemos en realidad es que una de las pacientes de Shipman contó que éste a menudo hablaba de su madre, y que le había dicho a su esposo que la había visto sufrir a causa del cáncer cuando tenía diecisiete años. Sencillamente no hay más detalles, por lo que la construcción de la historia de su presencia

en el momento de la muerte, las inyecciones y demás son meras suposiciones.

Por otra parte, la primera ráfaga de asesinatos conjuntos ocurre el de enero de 1975, cuando, una semana después de su cumpleaños, asesinó a tres pacientes en el espacio de un solo día: Lily Grossley, Elizabeth Pearce y Robert Lingard. Todos murieron en la media hora siguiente a la visita del médico. Es difícil no asociar este hecho con una fecha que debía tener un significado para Shipman: el diagnóstico del cáncer de su madre, al fin y al cabo, se había emitido unos pocos días después de que él cumpliera diecisiete años y, de modo crucial, ella murió el *2,1* de junio. Podemos suponer que la convergencia de fechas tuvo un impacto en Shipman. Tampoco debemos olvidar que se quitó la vida la víspera de su cincuenta y ocho cumpleaños. El vínculo entre esta fecha, el número *2,1* y la muerte de Vera, por tanto, parece plausible, incluso, probable.

Pero debemos pensar en qué tipo de vínculo es éste. Si la madre era tan importante, ¿por qué no asesinó Shipman a mujeres más jóvenes? Sería precipitado asumir que los ancianos a los que asesinó evocaban figuras paternas, especialmente, considerando que su madre sólo tenía cuarenta y tres años cuando murió. ¿Por qué mató también a hombres? ¿Y por qué, este complicado modus operandi, por qué elaborar la puesta en escena de estas muertes? Tiene que haber alguna indicación de lo que realmente pretendía, lo que quería conseguir u obtener mediante estos escenarios repetitivos. El hecho de que tan a menudo estuviera presente en las muertes de sus pacientes ya había despertado las sospechas de un colega y de los responsables de las funerarias, puesto que no era normal que el médico estuviera allí en ese momento. Si los *tableaux* hacían que estuviera presente en una muerte, podemos suponer que en realidad *no* había estado presente en el momento de la muerte de su madre. Y si tenía un interés especial por asesinar a los que acababan de perder a un ser querido, particularmente viudas, podemos preguntarnos qué experiencias de pérdida de seres queridos en la infancia puede haber tenido él. Los ancianos eran, sin duda, importantes para Shipman, y nos vendría muy bien saber más de sus abuelos, sus muertes y los efectos de esas muertes en la familia.

La cuestión de la muerte de Vera, por supuesto, es importante, pero necesitamos pensar cómo funcionó para Shipman. Una visión simplista vería la pérdida como una causa importante de «estrés», pero una perspectiva más compleja consideraría los registros de lo real, lo imaginario y lo simbólico. Un elemento de un registro puede volver en momentos de discontinuidad en otro registro: una imagen, una necesidad imperiosa o una perturbación física, por ejemplo, pueden surgir cuando el registro simbólico de repente se acentúa o se

cuestiona. Esto es exactamente lo que observamos con el Hombre de los Lobos: cuando se cuestionó la identificación imaginaria que lo estabilizó, la imagen de su madre enferma y de su hermana moribunda se polarizaron, volviendo para invadir su cuerpo. No es tanto una cuestión, por tanto, de fijación de un trauma, sino de preguntar por qué los elementos del trauma reaparecen en ese momento en su vida. ¿Fue la fijación con la muerte de su madre o el hecho de carecer de un mecanismo simbólico que pudiese mediar no sólo ésta sino también otras partes discrepantes de su experiencia?

Las fechas de los homicidios son especialmente relevantes en este caso. ¿Por qué ocurría la puesta en escena de la inyección y de la muerte exactamente en esos momentos? Al fin y al cabo, podría haberse convertido en un drogadicto en su juventud, permitiendo que convergieran la imagen de la inyección y la atracción hacia su madre muerta. Nunca aumentaron los asesinatos en junio, el mes en que murió Vera, y no parece que los aniversarios estuvieran marcados por una conducta sintomática, aunque, como hemos visto, el número 2i probablemente llevaba cierta carga asociada. Si las inyecciones encarnaban la imagen del alivio del sufrimiento de su madre, ¿habría tratado de recrearlas en los momentos en los que se encontraba afligido? Hay una diferencia entre la repetición traumática de algún acontecimiento y el que se recurra a este acontecimiento a otros puntos de fractura simbólica diferentes.

Para explorar estas cuestiones, necesitamos explicar el misterio real del caso Shipman: el período en blanco desde diciembre de 1989 a enero de 1993, cuando parece que casi cesaron los asesinatos. Si llegamos a comprender por qué no asesinó en ese período, supuestamente seremos capaces de comprender mejor por qué asesinó antes y después. La Investigación Shipman dice que estos períodos de interrupción venían «dictados por el miedo a que lo descubrieran y por el deseo de autoprotección». Pero esto no está claro. Aunque casi lo descubren, debido a los asesinatos anteriores a este período, esto ya había ocurrido en otras ocasiones y no siempre tuvo como resultado un paréntesis en los homicidios. Quizá otro rasgo importante fue el hecho de que en algunos de estos casos la víctima no murió lo suficientemente deprisa. Probablemente, no se trataba tanto de que casi lo pillasen, sino de que la víctima no muriese y se quedase en el limbo entre la vida y la muerte. Del mismo modo, podemos señalar que la tregua coincide con el momento en el que Shipman alcanza la edad que tenía su madre cuando murió y comienza los preparativos para abrir su propia consulta: ¿fue una coincidencia que el edificio que eligió, tras mucho buscar, estuviera en el número 31 de Market Street?

No debemos olvidar que durante los años en los que se pinchó

petidina no asesinó a otras personas. Y que, cuando empezaron los asesinatos, eligió el método de la inyección letal. Por tanto, hay una cierta simetría presente en las dos prácticas: se le administra una inyección a una persona, y podemos plantear la hipótesis de que esto gira en torno a una identificación especular, un estatismo imaginario. Shipman está en el lugar del que se inyecta o del que inyecta, o de ambos. Si buscáramos una continuidad, residiría en esta identificación: ser inyectado. Y así, quizá, al inyectar a sus pacientes, estaba inyectando a una imagen de sí mismo. Su propia imagen se había confundido con la de sus pacientes, generalmente, ancianos. Él era ellos.

Cronológicamente, cuando Shipman dejó de inyectarse, comenzó a inyectar a otros. Es curioso que cuando entró en el calabozo tras su detención y allí no podía inyectar a nadie, se negó a comer, como si la comida estuviera envenenada, y sólo tomaba té y café de una máquina que él sabía que usaban todos: al no poder inyectar a sus víctimas, tenía miedo de que le introdujeran la sustancia tóxica subrepticiamente en el cuerpo. Lo que él había hecho, ahora temía que se lo hicieran a él. Esta confusión imaginaria queda patente en otros detalles del caso. Sabemos, por ejemplo, que Shipman mintió. Inventaba detalles de historiales médicos y, algunos de éstos, parece, no se explican en términos de ocultación de pruebas. Quizá, las mentiras que urdía puedan proporcionarnos pistas de sus motivos: una mentira, al fin y al cabo, siempre contiene algo de verdad que el sujeto ignora. Los comentarios sobre la presunta adicción de Grundy a la heroína y la petidina, por ejemplo, claramente no se refieren a ella; cuando escribió: «Niega todo», es probable que se refiriera a él mismo.

* * *

Entonces, ¿qué había mantenido en pie a Shipman todos esos años? ¿Qué le había permitido llevar una vida aparentemente normal? La respuesta a esta pregunta puede residir en una identificación ideal, como suele ocurrir en la psicosis. La persona se identifica con un rol social o una función particular, que le da una identidad, un punto de anclaje. En febrero de 1976, después de que Shipman se declarase culpable de falsificar recetas y robar medicamentos, los psiquiatras recomendaron que se le permitiera seguir ejerciendo como médico de cabecera. Hugo Milne escribió al tribunal: «Le beneficiará continuar trabajando. En cambio, será catastrófico si no le permiten continuar ejerciendo». En lugar de interpretar esta afirmación como un trágico malentendido, testimonia un reconocimiento de lo que era crucial para que Shipman pudiera seguir adelante. Tenía que ser un médico con pacientes.

La identificación ideal para Shipman era médica: ser «el Doctor», e, incluso, su esposa, Primrose, tenía que dirigirse a él en ocasiones en esos términos. Shipman era como alguien que se hace pasar por médico, pero con la diferencia de que él era realmente médico. «Soy un buen médico», decía a menudo, «Tengo mi título de la Facultad de Medicina de Leeds». Las identificaciones en la psicosis —ya sean estabilizadoras o no— a menudo conllevan el lugar de la excepción; la persona es la única que sabe, que se preocupa, que salva. El comportamiento de Shipman es indicativo de esto: en sus reuniones de desarrollo profesional, tomaba la posición del único experto real en materia de procedimientos y conocimientos médicos, y, en cierto sentido, se convirtió en el médico que Hyde no tenía: el único en el que se podía confiar, el único en el que apoyarse, el único al que se podía recurrir,

Siempre insistió en que él dirigía una «consulta excepcional», y como mencionaba la Investigación Shipman, «claramente pensaba que era, de lejos, el mejor médico de Hyde». Se enorgullecía del hecho de que la consulta «tenía el nivel más alto de chequeos» para varios problemas de salud. «Somos un buque insignia», afirmaba. «Las autoridades sanitarias siempre podrán comparar la calidad de esta consulta con cualquier otra y preguntarse por qué la otra consulta no funciona como debería». Por tanto, era la mejor, el emplazamiento de una colección de superlativos que la distinguían como la excepción. Como señalaría posteriormente Shipman durante su juicio, mientras que otros médicos habrían quedado satisfechos con el resultado de una determinada presión arterial, él no, porque él buscaba la «perfección». Este enfoque en los superlativos —típico de la paranoia — lo evocó en su versión del mismo juicio: sería, escribió a sus amigos, «probablemente, el caso más caro de este siglo».

La idea de que esta identificación estabilizó a Shipman se confirma por lo que sabemos del tiempo que pasó en la cárcel tras su sentencia: se convirtió en el médico de la cárcel, dando consejos tanto a presos como a guardas, y manteniendo correspondencia con un miembro del parlamento local con respecto a cuál era la mejor atención que podían recibir sus expacientes de Hyde. Se negó a reunirse con el grupo de cambio personal cognitivo de la prisión o a asistir al taller de habilidades para pensar mejor, aunque sí que se apuntó a las clases de asesoramiento para la pérdida de seres queridos. El lugar del cuidador médico era, obviamente, vital para él.

La correspondencia de Shipman en prisión muestra que estaba desesperado, que se sentía solo y que sufría mucho; lo único que lo mantenía en pie era el papel de buen médico. Unas pocas semanas después de que se le negara este lugar, trató de ahorcarse: su primer intento de suicidio. Quizá la identificación estabilizadora se basaba en

sí misma en una identificación con un aspecto de su madre. Aunque no tenemos material relacionado con este hecho, sería importante averiguar más sobre cómo lidiaba su madre con la enfermedad en su familia: con sus hijos, su marido, sus padres, ella misma. ¿Pudo Shipman haberse identificado con un rasgo de su madre al cuidar a los enfermos? Y, de ser así, cuando esa imagen de buen médico se cuestionó, ¿se convirtió ese cuidado en crimen?

Es curioso que el único documento que tenemos de los días de colegio de Shipman, un cuento publicado en una revista del colegio, incluya exactamente este rasgo: un perro le rompe a un periquito el ala, ambos van al veterinario, se la entablillan, y, desde entonces, se vuelven inseparables. El lazo entre ambos se establece tras la intervención médica, y Shipman escribió este cuento mucho antes de que su madre enfermara. La faceta maternal de cuidar, quizá, se refleja en el hecho de que Shipman estaba muy bien considerado como pediatra y, durante esos años, al igual que durante los años en los que ejerció como ginecólogo y obstetra, no hubo casi asesinatos, si es que hubo alguno, como si al ocupar el lugar de la madre no tuviera que hacerlo. Al parecer, le encantaba asistir en partos.

Estudiosos del caso han sugerido que durante estos años no asesinó porque, a nivel práctico, habría sido muy difícil hacerlo en un ala infantil, pero podría ser también porque la identificación que le mantenía no se vio obstaculizada. El traslado de pediatría, sin embargo, a obstetricia y ginecología probablemente coincide con el inicio del consumo de petidina. Aunque ya no ocupaba el lugar de cuidador de niños, podía seguir ocupando el lugar de la madre consumiendo la droga: la petidina se administra para aliviar los dolores de las mujeres durante el parto y el período, y los que trabajan en esas alas la usan con frecuencia.

Entonces, ¿la identificación con el doctor que cuida —quizá, basada en la identificación con la madre— precipita o impide estos asesinatos? ¿Era quitar la vida parte de su imagen de médico o, al contrario, qué surgió cuando la identificación se vino abajo? Shipman ponía gran celo en la elección y prescripción de los que él consideraba que eran los mejores medicamentos para sus pacientes. Su factura de medicamentos era el doble que la de sus compañeros, y estaba orgulloso de no dejar que el dinero comprometiera la atención que dispensaba. Con frecuencia, chocaba con las autoridades sanitarias, que no aprobaban su selección de costosos fármacos. Y, en prisión, aleccionaba a los prisioneros que se encontraban mal para que exigieran determinados medicamentos al médico oficial de la cárcel, a menudo, más caros que los que habitualmente se recetaban.

No es imposible que esta preocupación le llevase a hacer un cálculo relacionado con el asesinato: para proporcionar el mejor

tratamiento, tenía que equilibrar sus presupuestos, lo que significaba que periódicamente tenía que deshacerse de un determinado número de pacientes. «Tengo demasiados pacientes de los que ocuparme», se lamentaba. Al informarle de las muertes de las que era responsable, en ocasiones comentó: «eso es uno menos en mi factura de medicamentos». Los pacientes a los que mató, de hecho, a menudo consumían muchos medicamentos. En este sentido, los asesinatos eran una parte necesaria de su ideal médico, una especie de gestión burocrática de presupuestos, que aseguraba una atención de calidad mediante el homicidio.

Cuando Shipman alegó, en su anterior juicio por delito de drogas, que su consumo de petidina había aumentado al comenzar a trabajar en la consulta Todmorden, podemos creerlo. Dijo que se hizo más dependiente de la droga tras encontrar resistencia ante sus planes para mejorar la consulta. Podemos verlo como una excusa inverosímil, pero el compromiso de Shipman con un ideal médico basado en las mejores prácticas significa que el efecto de la oposición a sus proyectos podría haber sido devastador. La inversión en su identidad médica era, después de todo, muy alta: lo que se cuestionaba era su propia existencia, la posición que lo mantenía.

Por otra parte, lo que le llevó a cometer los homicidios podría haber sido una perturbación de su identificación. Cuando se cuestiona una identificación estabilizadora, suele producirse un trastorno de las coordenadas simbólicas de la persona. Ocurre algo que afecta a la estructura simbólica de su mundo: tener un hijo, un nuevo trabajo, jubilarse o cualquier otra ruptura en la continuidad de la vida cotidiana que requiera una simbolización. En otros casos, la identificación ideal en sí misma puede cuestionarse directamente: una queja en el trabajo, el fin de una relación, un distanciamiento repentino de un amigo o ser querido. Ya no es posible mantener el lugar que se ha construido, aunque por lo general la persona no es consciente de ello. No se articulará directamente, sino que son necesarias largas entrevistas para inferirlo.

Hemos visto cómo desentrañar en el nivel simbólico puede tener el efecto de reintroducir elementos de otro registro. En el caso Shipman, si comprendemos esta relación especular con sus víctimas como un ejemplo de la polarización de lo imaginario, tendremos que buscar los desencadenantes que pertenecerán no al imaginario, sino a otro registro. ¿Cuáles pueden ser esas coordenadas? Para descubrirlas, tenemos que examinar las fechas en las que el modus operandi de Shipman cambió. En lugar de buscar el trauma obvio, puede que los detalles se encuentren ocultos en coincidencias temporales: por ejemplo, la fecha en la que un niño llega a la edad en la que le ocurre algo importante. Por esta razón, buscar incidentes traumáticos

importantes, con frecuencia, resulta infructuoso.

Con Shipman, hay una serie de fechas clave: cuando su esposa, Primrose, alcanzó la edad que tenía la madre de Shipman cuando murió; cuando él mismo alcanzó la edad de su padre cuando su madre murió, que fue en 1995, el año en que aumentaron los asesinatos; el momento de la muerte de su padre y las fechas de los nacimientos de sus hijos. Aunque hay otros momentos significativos, estas fechas en particular parecen destacar como momentos en los que, para Shipman, algo cambió o se agravó. Aunque no parece que tengan mucho en común, lo que está presente de un modo implícito es una cuestión muy precisa: la de la transmisión simbólica entre generaciones.

Esto es especialmente importante en la psicosis, ya que recurre a una simbolización de la diferencia entre generaciones y de lo que pasa entre ellas, a menudo, encarnada por el contenido de una herencia. Muchas culturas han desarrollado ceremonias y rituales para marcar estos momentos, y, en ausencia de un marco que otorgue significado para comprenderlos y situarlos, el sujeto psicotico puede sentir el agujero de la forclusión con mucha más intensidad. La significación de esos momentos, y su lugar en nuestras vidas mentales, queda patente por la enorme cantidad de fraudes que operan por Internet informando a personas de una herencia, quizá, apelando a la creencia que subyace de que el mismo orden simbólico nos debe algo.

Hagamos una pausa aquí para recordar las circunstancias de la perdición de Shipman: la falsificación del testamento de Grundy. En un intento pobre y muy poco profesional, redactó un testamento en nombre de la paciente, usando su propia máquina de escribir. Envió el testamento al bufete de abogados local Hamilton Ward, aunque Grundy no era su cliente. El testamento estipulaba que legaba todos sus bienes a Shipman y nada a su hija o sus nietos. La carta que lo acompañaba estaba firmada por «S» o «F. Smith», que decía que era «un amigo» de Grundy que la estaba ayudando con el testamento. La mayoría de los estudiosos no dan crédito al hecho de que Shipman pensara que podría salirse con la suya. Sabía que la hija de Grundy era abogada y su falsificación era increíblemente burda.

Si nos tomamos en serio la cuestión de la herencia, podemos preguntarnos qué rol tuvo la muerte del padre de Shipman. Este había muerto de un infarto, y puede que no sea una coincidencia que la falsificación más frecuente en las notas de los pacientes fuera la invención de un historial de problemas cardíacos. Gomo en el caso de Kathleen Grundy, podemos observar una verdad no reconocida en las mentiras que Shipman se inventaba. Sus conocidos percibieron cómo se volvió más distante y frío tras la muerte del padre, en enero de 1985, y cuando la casa pasó a la hermana de Shipman, Pauline, que

en esa época seguía viviendo allí. Pauline vendió la casa y se fue a vivir con su hermano Clive y su mujer y su hija. Si Pauline moría, su parte pasaría a Clive y a su familia. Así que Shipman no iba a recibir nada; de hecho, había sido eliminado de la herencia de sus padres.

¿Acaso no es ésta la imagen especular del testamento de Grundy que Shipman falsificó? El testamento del padre le dejó la mayoría de los bienes a la hija, excluyendo a Shipman, pero, en el documento que creó todos esos años después, Grundy legaba todo precisamente a Shipman y no a su hija. Mientras que se favoreció a la chica y se ignoró al chico en un caso, en el otro se favoreció al chico y se ignoró a la chica. Fue después de que el padre le excluyera de la herencia cuando aumentaron los asesinatos, y los crímenes solían agruparse en los meses de enero y febrero, señalando esa fecha. También conjeturaría que los pequeños robos que Shipman llevaba a cabo en las casas de sus víctimas comenzaron en ese momento de su vida, en 1985. Enfrentado a la cuestión de la herencia de su padre, que constituye una cuestión simbólica y no sólo real, empírica, los robos menores que siguieron a los asesinatos no representan más que la muerte y la transmisión de un objeto a Shipman.

Este énfasis en la cuestión de la herencia también puede arrojar luz sobre el asesinato de Grundy. Shipman había organizado un fondo para su consulta y promovía activamente la cuestión de las donaciones entre los pacientes. Incluso había un cartel en su oficina para que los pacientes legasen dinero de sus testamentos. Sabía que Grundy había prometido una cantidad proveniente del Fondo de Alcaldesas y que su comité había votado en contra, considerándolo una «causa impropiada» y legándolo en su lugar al Tameside Hospice. Aparentemente, se lo había notificado a Shipman justo antes de morir. Por lo tanto, se encontraba en el lugar de alguien que le debía algo que no iba a devolver. La Investigación Shipman señala que a veces pedía un objeto que pertenecía al difunto. En un caso, pidió a la familia un periquito —recordemos la historia infantil—, en otro, una máquina de coser, y, en un tercero, un banco antiguo. Estos pequeños robos incluían piezas de joyería sin valor—broches, pendientes—y, a veces, dinero suelto.

Janet Smith indica que robaba objetos de las casas de los difuntos, pero no presta mucha atención a este hecho, ya que, como dice, obviamente éste no era el móvil del crimen. Esta misma cuestión del legado de una suma de dinero o un bien tras la muerte es relevante en cuanto a su propio suicidio. Los estudiosos del caso han señalado que Shipman se quitó la vida antes de cumplir sesenta años, sabiendo que, si moría más tarde, Primrose no habría recibido su pensión de viudez completa. Si moría antes de los sesenta años, recibiría 100 ooo libras esterlinas y una pensión de 10 000 libras esterlinas, pero si moría

después, sólo recibiría una pensión de 5 000 libras esterlinas y ninguna cantidad adicional. Aunque uno puede interpretarlo exclusivamente como un acto altruista, el motivo de la herencia puede haber sido importante en esta decisión.

También me atrevería a suponer que necesitaríamos averiguar más sobre los abuelos de Shipman, y si había habido algún problema con el tema del testamento o la herencia en algún momento en su generación. De nuevo, la clave reside en los registros: la herencia para Shipman no estaba en lo simbólico, sino en lo real. Quizá, no sea una casualidad que el fin de sus asesinatos y su condena girase exactamente en torno a la cuestión de un testamento y una herencia. ¿No sugiere esto que quizá también es dónde comenzó?

* * *

El caso Shipman nos muestra el tipo de detalles en los que debemos fijarnos para comprender la normalidad y el acto homicida. Necesitamos un modelo más complejo que las teorías simplistas de fijación con un trauma, un modelo que incluya cómo interaccionan lo real, lo simbólico y lo imaginario, y que reconozca la importancia de las identificaciones ideales. A menudo, se utiliza el caso para llamar la atención sobre problemas de responsabilidad médica y con el sistema de la certificación de defunciones, pero también para arrojar luz sobre el punto muerto en el que realmente se encuentra la psiquiatría contemporánea. Se trata de una psiquiatría que ha perdido su historia, y es crucial volver a los primeros estudios sobre la psicosis estabilizada, el tipo de psicosis que es compatible con el éxito profesional y el hecho de poder vivir normalmente en sociedad. Sin esto, no queda mucho más que recurrir a conceptos infantiles sobre el mismo demonio.

El hecho de que estos conceptos vengan de «expertos», como en este caso, nos debería recordar que escuchar a un experto no siempre es prudente. Shipman se benefició de una creencia incondicional en la autoridad y el conocimiento médicos, tanto en el trato con sus víctimas como en la poco entusiasta primera investigación a la que fue sometido. Quizá, en este caso el escepticismo habría salvado vidas y es irónico que los intentos por comprender sus motivos y por «cerrar» el caso, de alguna manera, por encontrar una explicación exhaustiva a lo que ocurrió, se limiten a ser una repetición del mismo detalle con el que propio Shipman contó: el respeto por los conocimientos del experto.

El diagnóstico en este caso no es «el mismo demonio», sino la paranoia: Shipman ocupó el lugar de la excepción, y se comprometió a

imponer sus conocimientos en su entorno, que él consideraba que tenía una tara. Como el médico de Hyde, convertiría el mundo en un mejor lugar. Incluso estando en prisión, continuó esforzándose y seguía necesitando ocupar un lugar especial. Como escribió a sus amigos: «No hay publicidad y parece que no esté haciendo nada. El incidente ha hecho que me venga abajo sin remedio». No hay duda de que en su comentario hay una alusión a la grandiosidad, como si la publicidad fuera necesaria. En otra carta, durante el juicio, Shipman escribe: «El caso está a la cabeza por el tema de las pruebas informáticas, a la cabeza por publicidad, a la cabeza por número de cargos, a la cabeza para la Lancaster Legal School, que está usando mi caso para su «gran caso» de los exámenes finales. Hay varias primicias más». La concatenación de superlativos recuerda el estatus excepcional que él buscaba: no sólo el mejor médico, sino, ahora, con el juicio, el primero.

También es importante separar este caso de la larga lista de asesinos en serie en la que a menudo se incluye a Shipman. Parece obvio que no trataba de erradicar o eliminar ningún elemento peligroso de sus víctimas. Como dijo uno de mis pacientes, al hablar de Jack el Destripador: «Intentaba matar algo más que la persona o el cuerpo». Con Shipman uno realmente no tiene la sensación de que estuviera involucrado en nada parecido. Representar una y otra vez la escena de una muerte no es necesariamente lo mismo que querer matar, y él a menudo salvaba más que destruía.

En otra carta desde prisión, observamos su capacidad para salvar vidas y su curiosa fe en la medicina: «La vida aquí es entretenida, mi compañero de celda intentó ahorcarse el lunes por la noche. Oí el ruido de sus últimos estertores, le levanté, deshice el nudo y le tumbé en el suelo antes de pedir ayuda. Después volví a la cama, eran alrededor de las dos de la madrugada. Mi compañero de celda parece encontrarse mucho mejor, los medicamentos están haciendo efecto». El estilo es frío, y los acontecimientos traumáticos no parecen haber perturbado su sueño.

Que sus esfuerzos fueran compatibles, en cierto modo, con su entorno, muestra la cohesión de la psicosis con la vida normal. Como escribió a sus amigos desde prisión: «La policía se queja de que soy aburrido. Ni amantes, ni casas en el extranjero, ni dinero en cuentas suizas, soy normal. Si eso es ser aburrido, pues lo soy». Aunque fue esta misma normalidad la que, según se lamentó él, el juez y el jurado no fueron capaces de ver. Al escribir sobre la percepción de su fracaso en el estrado, dijo: «Siento que no he conseguido superar mi normalidad» . Desde nuestra perspectiva, sería el reconocimiento de esta normalidad lo que podría empezar a preocuparnos.

12. TRABAJAR CON LA PSICOSIS

Una teoría psicoanalítica de la psicosis no implica forzosamente el psicoanálisis de sujetos psicóticos. Realmente, lo único que muestra es cómo los conceptos de la investigación psicoanalítica nos pueden ayudar a pensar en casos clínicos de psicosis y a desarrollar estrategias de trabajo clínico. Los distintos intentos de introducir reglas para este tipo de trabajo —como las diseñadas para los neuróticos—, a lo largo de los años nunca tuvieron éxito y sólo agravaron las confusiones sobre cuestiones de técnica. Sencillamente, no hay una fórmula para este trabajo, aunque sí existan algunas contraindicaciones. Como señaló la psicoanalista Colette Sepel, el psicoanálisis de los psicóticos no existe: sólo hay un psicoanalista y un psicotico. Lo que ocurre en la relación entre ellos tiene que repensarse y reinventarse en cada caso individual. Esto ya era de sobra sabido en la década de los cincuenta, aunque todavía hoy se sigue presionando con la pretensión de que sólo hay un modo correcto de hacer las cosas.

Los capítulos anteriores deberían habernos enseñado, sin embargo, que cualquier tipo de trabajo clínico, ya sea psicoanalítico o no, debe ser sensible a una serie de elementos diferentes. Si la psicosis puede desencadenarse por el encuentro con la figura paterna o con un tercero, obviamente, lo prudente es que el profesional evite esta posición: que no haya figuras de autoridad, maestros, expertos. En los inicios de la historia del psicoanálisis se reconoció que algunas personas se volvían locas cuando comenzaban el psicoanálisis o la terapia, especialmente, si el profesional adoptaba una posición tipo gurú. Un silencio prolongado por parte del analista, interpretaciones enigmáticas a las que el sujeto no encontraba explicación o la invitación sin reservas a la libre asociación podían desencadenar una psicosis latente, y la literatura está llena de ejemplos parecidos. Cuanto más se identifica al analista con un lugar de conocimiento, más peligrosas se vuelven las cosas para el paciente.

Una posición diametralmente opuesta explica algunos de los éxitos de comunidades terapéuticas de las décadas de los sesenta y los setenta. Los profesionales evitaron recoger el manto de la autoridad deliberadamente, y las jerarquías tradicionales de salud mental se vinieron abajo. El psiquiatra o terapeuta estaba al mismo nivel que el paciente, compartían las mismas salas de estar, las mismas mesas a la hora de comer, los mismos periódicos y cigarrillos, por lo que se favorecían relaciones imaginarias, en lugar de forzar al sujeto a

enfrentarse a relaciones simbólicas. Hubo un intento por alejarse de estructuras y situaciones en las que había una estricta asimetría entre «médicos» y «pacientes», entre «nosotros» y «ellos». Aunque todas estas comunidades tenían reglas, los profesionales intentaban no adoptar actitudes *ex cathedra.* Más que padres, serían compañeros.

Hoy en día, casi todos los terapeutas o analistas en activo trabajan con sujetos psicóticos, aunque, por regla general, ni el profesional ni el paciente son conscientes de ello, como hemos comentado, debido al predominio de las formas estabilizadas de psicosis. En la actualidad, muchos profesionales no saben hacer un diagnóstico en el sentido tradicional que hemos tratado de esbozar en el capítulo 5, y, a veces, se pierden en el laberinto cada vez mayor de etiquetas: trastornos de personalidad y tipos de carácter, adicciones, fobias sociales, trastorno afectivo estacional, etc. El hecho de que la situación de la terapia sea actualmente bastante relajada y empática, y se evite la jerarquía, explica por qué muchos de esos casos nunca acaban por desencadenarse, y, por tanto, el profesional a menudo recurre a esas etiquetas para intentar ponerle un nombre a lo que está analizando.

A veces es más fácil decir que hay que evitar posiciones de control en el entorno terapéutico *que* hacerlo. Un profesional con buenas intenciones puede adoptar conscientemente una actitud amable y comprensiva en la terapia, pero acabar haciendo interpretaciones que impongan en el paciente un modo determinado de ver el mundo. Este modo de ver el mundo puede provenir de su propio dogma teórico o de sus propios prejuicios personales. Gomo advirtió Piera Auglanier, la violencia está presente siempre que se intenta obligar al otro a compartir una verdad que no es la suya. A veces, nos damos cuenta cuando ya es demasiado tarde, y las reacciones del paciente nos muestran que le hemos impuesto algo que no corresponde a su experiencia; al fin y al cabo, podemos sentir que nuestra propia ansiedad se reducirá si empieza a pensar como nosotros. Esta es una de las razones por las que siempre ha habido afición por los programas con guías para la terapia de la psicosis, que imponen un modelo a los pacientes sobre «cómo pensar». Algunos son como manuales de instrucciones, como si la terapia se tratara únicamente de aplicar una técnica de pensamiento correcto a un destinatario pasivo.

Por supuesto, es mucho más fácil creer que uno puede aplicar un método mecánico que reconocer que es necesario inventar un tratamiento para cada paciente específico, y la historia de los enfoques terapéuticos para la psicosis muestra corrientes divergentes claras: las que tratan de crear una distancia con el paciente, con un énfasis en el procedimiento técnico y las reglas, y las que ponen al terapeuta en riesgo al salir al encuentro de la psicosis. Como dijo

Margaret Sechehaye, la terapia aquí lleva implícita una «apuesta existencial». Estas dos tradiciones tienen sus extremos, que se pueden poner en ridículo fácilmente, y, en cierto sentido, podemos decir que mientras una está construida en función de la seguridad del terapeuta, la otra está más centrada en el paciente. Los terapeutas de esta última tradición, a menudo, han advertido de los peligros de intentar adaptar al paciente al punto de vista de uno mismo, ya sea sutil o directamente.

Siempre existe un gran peligro al tratar de «normalizar» al paciente y adaptarlo a lo que consideramos una realidad común. Como dijo Frieda Fromm-Reichmann: «Quizá, la mayor amenaza para obtener un resultado favorable de psicoterapia con esquizofrénicos, y que es directamente atribuible al terapeuta, sea la actitud convencional de muchos terapeutas hacia la cuestión del llamado ajuste social de sus pacientes esquizofrénicos. La recuperación de muchos pacientes esquizofrénicos depende de lo libre que sea el psicoterapeuta con respecto a las actitudes y prejuicios convencionales. No se puede, y no se debe, pedir a estos pacientes que acepten que se les guíe hacia un ajuste convencional de los requerimientos habituales de nuestra cultura, y mucho menos de lo que el terapeuta en particular considera que son esos requerimientos. El terapeuta debe sentir que ha cumplido con su rol al tratar la esquizofrenia si estas personas son capaces de encontrar por ellas mismas, sin hacer daño a los que están a su alrededor, sus propias fuentes de satisfacción y seguridad, sin perjuicio de sus seres cercanos, sus familias y la opinión pública».

Estas palabras son tan ciertas hoy en día como lo eran en la década de los cuarenta, cuando fueron escritas. De hecho, ha habido un cierto movimiento en algunas tradiciones terapéuticas hacia un modelo en el que se corre el riesgo de reforzar estos mismos prejuicios. Para estas tradiciones, el núcleo de la terapia es *el feedback,* y puesto que el sujeto psicotico expresa sus pensamientos o sentimientos ante el terapeuta, éste debe cumplir la función de un espacio contenedor, y mostrar que sus mensajes, aparentemente incompletos, pueden ser escuchados y devueltos después de haber sido procesados. Por supuesto, el contacto humano de la relación puede ser beneficioso, pero el riesgo es que se imponga un significado, uno que tenga más que ver con la historia del «contenedor» que con la del paciente. Espero no estar caricaturizando estas terapias, y es cierto que hay casos en los que se conducen con destreza y resultan útiles, pero también pueden producir «robots», que imitan el lenguaje y el punto de vista del terapeuta como lo haría un ventrílocuo.

El énfasis en el ajuste social conlleva otros peligros, ya que se

puede acabar por no tener en consideración las fórmulas únicas e idiosincrásicas que muchos sujetos psicóticos han desarrollado para vivir. En lugar de decirle a alguien cómo debe vivir, lo que importa es encontrar en su historia qué es lo que le ha ayudado, los momentos de identificación o idealización, las actividades o proyectos: qué hay en su delirio, quizá, o en su historia familiar que sea estable y sólido, qué «objetos buenos» hay que puedan ser alentados y promovidos. El ajuste social, de hecho, puede conducir a la catástrofe, si el terapeuta empuja al sujeto a embarcarse en alguna actividad o relación que esté valorada socialmente, porque introduce una posición simbólica, pero no hay nada que la sostenga.

Sugerir que alguien acepte un trabajo o salga con alguien, por ejemplo, puede no ser un problema en algunos casos, pero, en otros, puede desencadenar o agravar una psicosis. En estos casos, se empuja al sujeto a una posición simbólica o a un encuentro con el deseo del Otro —ser un jefe para los empleados, un hombre para una mujer—, y puede que éste no sea capaz de enfrentarse a la simbolización que esto conlleva. Del mismo modo, los imperativos sociales por «conseguir» o «actuar» pueden llevar al terapeuta a animar al sujeto a emprender alguna actividad cuando, en realidad, es esencial que nunca se realice, que quede siempre en el horizonte del futuro. Podemos recordar la futura creación de Schreber de una nueva raza, o el modo en el que Aimée, a pesar de escribir, siempre situaba sus obras literarias más importantes en el futuro. Esto es a lo que Freud se refería como el aspecto asintomático de los fenómenos psicóticos, reconocido también por los psiquiatras americanos de la década de los cincuenta con la idea de que las psicosis no desencadenadas podían permanecer estables debido a un interés en ideales que nunca se materializarían. Siempre se le debe dar un lugar a las cuestiones del futuro. Un amor platónico, por ejemplo, puede mantener a alguien estable durante décadas, y debe respetarse el hecho de que no se materialice.

Estar abierto al diálogo es crucial, y el terapeuta debe evitar cualquier intento de hacer ver al sujeto que está pensando «de modo incorrecto» o que no consigue ajustarse a la forma adecuada de percibir el mundo. Paradójicamente, esto deja el tratamiento de la psicosis fuera de los parámetros tradicionales de «salud mental», que se apoyan en la idea de que el profesional sabe de antemano lo que le conviene al paciente. Como señaló hace ya muchos años Kurt Eissler: «Mientras el psiquiatra esté preocupado por las consideraciones terapéuticas en su relación con el esquizofrénico, está destinado a no tener éxito en su enfoque, ya que la terapia, necesariamente, implica que algo es "bueno" o "malo"».

Asimismo, cualquiera que se aventure en este trabajo no puede ignorar que debe cuestionar sus propias fantasías de ayudar o curar a

los demás. Como dijo Lewis Hill: «La frase "ayudar a seres humanos" puede a la vez esconder y poner de manifiesto motivos para que uno se considere a sí mismo como superior y sea condescendiente con los pacientes, motivos para dominar, controlar y forzar a los pacientes a adoptar patrones de comportamientos preconcebidos e, incluso, motivos para que se le honre por su autosacrificio y su autocastigo patológicos». Un sujeto psicótico puede entender esto con rapidez y, con razón, mostrar escepticismo. Una mujer esquizofrénica se negó a seguir con su terapeuta tras finalizar la primera consulta. «¿Cómo puede decir que le preocupo si acaba de conocerme?» Y si a la terapeuta le preocupaban todos los seres humanos con problemas, ¿cómo podía reconocer la particularidad de la paciente que tenía delante en ese momento? Su trabajo estaría basado en una fantasía de rescate que, efectivamente, no le permitiría escuchar a sus pacientes.

Tranquilizar al paciente diciéndole que todo mejorará puede ser simplemente el modo de tranquilizarse a uno mismo. Estas situaciones se dan con frecuencia en el trabajo terapéutico con los psicóticos, y la tendencia general hoy día de introducir lo que un analista llamó «la falsificación de la relación médico-paciente», a menudo, tendrá resultados lamentables. La falta de sinceridad que el paciente detecta tan rápidamente, sólo confirmará su falta de confianza en el entorno. El comentario de Freud, en una carta a su colega Johan van Ophuijsen, se hace eco de esta opinión: «Te recomendaría que dejes de lado tus ambiciones terapéuticas e intentes comprender lo que ocurre. Cuando lo hayas conseguido, la terapia funcionará por sí misma». El deseo de salvar al paciente puede darle a uno una sensación de autoimportancia y valor, pero acabará poniendo en peligro la terapia. Como dijo Lewis Hill, el terapeuta debe reconocer que «la necesidad de ayudar no es tan productiva como la voluntad de ser de utilidad al paciente».

* * *

Si bien no hay fórmulas ni recetas para trabajar con sujetos psicóticos, podemos mantener la esperanza de diseñar estrategias que respeten la necesidad de estabilización, compensación y creación de formas únicas e individuales para unir lo simbólico, lo imaginario y lo real. Podemos ayudar a la persona a crear significado, sin imponer el nuestro, e inventar nuevos modos de gestionar las emociones mentales o físicas que la atormentan. Si volvemos a pensar en los tres casos que hemos analizado, podemos suponer que llegar a conocer los detalles de sus vidas conversando con ellos, podría darnos algunas pistas. Con Aimée, por ejemplo, para quien las relaciones epistolares eran tan

importantes, el camino podría haber incluido animarla a continuar escribiendo de algún modo: bien haciendo de ello una carrera o, quizá, pidiéndole que escribiera a diario o una vez a la semana al psicoanalista. Recordemos lo que ocurrió cuando se rompió el canal de su comunicación literaria: cuando ya no había nadie que respondiera a sus cartas, atacó a Mme. Duflos.

Hemos planteado la hipótesis de que su solución también implicaba ocupar el lugar de una excepción, siendo «la elegida» de Dios. No lo gritó al mundo, sino que más bien se lo guardó para sí misma. Esta posición también puede ser confirmada y ratificada por el psicoanalista, dejándola ver su posición como única. Quizá, esto podría haber supuesto que se animara a verse como la maestra especial del analista, algo que, en cierto sentido, habría sido absolutamente exacto. Cada paciente enseña al analista algo y, aunque no tendría mucho sentido decírselo a un neurótico, en ocasiones podría tener mucho sentido decírselo a un psicotico. En este caso, el analista podría tratar de ayudar al sujeto a encontrar formas de reconocer esta dimensión de enseñar y aprender.

Con Sergei Pankejeff, contamos con una pista para las cuestiones de estabilización y de transferencia. Cuando más estable estuvo, fue en la posición de colaborador del explorador Freud. Esto le proporcionó un modo de evitar la cuestión no simbolizable de lo que significaba ser el hijo de un padre y, por lo tanto, el analista debía evitar una posición paternal, haciendo hincapié en el trabajo conjunto de investigación sobre la vida psíquica que habían emprendido juntos. La apuesta sería que esta posición imaginaria tendría un efecto en sus problemas corporales y que los síntomas físicos le preocuparían mucho menos. La relación terapéutica entre sujeto y analista, por tanto, se convertiría en el espacio en el que podía construirse la posición identificativa: ser un colaborador.

También existe la posibilidad de un cambio del cuerpo físico a un cuerpo de conocimiento. Pankejeff estaba fascinado por el psicoanálisis y la literatura, y tenía amplios conocimientos de ambos. Si podía mantenerse su posición de colaborador, sería de esperar que fuera posible un desplazamiento del interminable cuestionamiento de su cuerpo físico —que le ocasionaba tanto sufrimiento—, a un cuestionamiento de algún otro tipo de conocimiento: no del conocimiento médico del cuerpo, sino del cuerpo de conocimiento psicoanalítico, literario o filosófico, por ejemplo. En esta exploración, sería importante dejar las preguntas abiertas, reconociendo que, en ausencia de la operación simbólica que establecería una limitación del significado, siempre habría un interrogante limitado al mundo de Pankejeff. Elaborar esto de un modo fructífero y no persecutorio podría constituir uno de los objetivos de la terapia.

En cuanto a Shipman, aunque el material sugiere que la terapia sería casi imposible, se pueden extraer muchos detalles del caso. Podemos suponer que una identificación con la madre podría haber permitido una cierta estabilización, y que su rol como «el médico» era su forma de ocupar el lugar de una excepción: ser el médico que su madre no había tenido, quizá. Muestra cómo la psicosis puede ser perfectamente compatible con una vida «normal»: tener un trabajo, una familia, ganarse el respeto de la comunidad. En cuanto a los homicidios, la verdadera pregunta que debemos hacernos es si los crímenes de Shipman eran su forma real de psicosis o, al contrario, intentos desesperados de reencontrar esta forma después de que los acontecimientos externos la hubieran hecho trizas. El caso nos enseña cómo un rol profesional puede mantener estable una psicosis, lo que significa que tenemos que ser cuidadosos cuando dialogamos con un paciente que no parece tener síntomas externos.

Un rol profesional puede ser un modo de mantener una fórmula funcional, manteniendo el lugar de una excepción, o estableciendo un vínculo con algún grupo o causa abstracta. En su discusión del trabajo realizado con sujetos psicóticos en el Courtil Centre en Bélgica, Alfredo Zenoni describe cómo los esfuerzos de educación y rehabilitación se dejan a un lado en favor de proyectos de «autoelaboración», en los que los pacientes, a menudo, construyen roles para ellos mismos: jubilado, artista, terapeuta voluntario, inventor o veterano de instituciones mentales. Estas identificaciones pueden permitirles verse en términos de algún vínculo social ya establecido, no necesariamente para vivir en él, sino para ocupar un lugar, quizá, en sus márgenes o en una especie de suspensión del mismo. Como hemos visto, dichos roles son compatibles con la lógica de la psicosis de esa persona, y pueden arrastrarla a distintos tipos de proyectos.

Estos no deben confundirse con los esfuerzos estandarizados de rehabilitación que tienen objetivos y resultados predeterminados. Gomo señala Ellen Corin, el proyecto de cada sujeto psicótico de reestructurar su mundo debe tomarse en serio. Sería absurdo trabajar hacia la «rehabilitación» y, al mismo tiempo, ignorar las estrategias y significados que los pacientes elaboran como parte de este proyecto. Esto puede conllevar estar «dentro» y «fuera» de la esfera social, estar asociado a alguna red sin estar obligado a interactuar con otras personas o comprometerse personalmente en la interacción. Las percepciones fundamentales expresadas por sujetos psicóticos deben ser respetadas e integradas en cualquier proceso terapéutico para que, como observa Corin, encuentren un lugar en el mundo real, cuyas contradicciones disciernan, en lugar de una sociedad ideal que exista sólo en la imaginación del terapeuta.

Lacan, ya en su tesis de 1982, había observado que los sujetos psicóticos a veces gravitan hacia los grupos religiosos, políticos o benéficos, especialmente aquellos que tienen una causa definida, como una reforma social o la promoción de algún bien público. La enseñanza y la enfermería también eran populares, así como las órdenes religiosas y las fuerzas armadas: estas profesiones proporcionan una estructura que puede ocupar el lugar de la dimensión simbólica ausente, o un sentido de devoción a un deber abstracto, como la atención o la educación. Las normas y las reglas, especialmente en el ejército, a menudo eran útiles, puesto que daban al sujeto una estructura externa, compensando el sistema interno que no se había establecido. Muchas comunidades terapéuticas, de hecho, enfatizaban un sistema explícito de normas, con la idea de que podían funcionar como una forma protésica de orden simbólico, pero con la condición de que nunca se considerasen el capricho o la invención de ninguna persona en particular, sino, más bien, aplicadas a todos, como un mero «así son las cosas».

Desarrollar estrategias terapéuticas en cada caso individual dependía entonces fundamentalmente de entender cómo había salido adelante la persona en el pasado: las cuestiones clave son qué impidió que se volviera loca antes y cuáles fueron las circunstancias del desencadenamiento. Una vez que sepamos cómo responder a estas preguntas, podremos formular estrategias terapéuticas en el presente. Cuanto más sepamos del desencadenamiento, mejor sabremos qué es lo que la persona no puede simbolizar, y eso nos ayudará a evitar empujarla en la dirección equivocada.

Saber qué fue lo que le permitió mantenerse en el equilibrio antes —la construcción de un ideal, la adherencia a una imagen, el hecho de tener la fórmula funcional adecuada, la creación de un sistema simbólico protésico, el establecimiento de una lógica de excepción, realizar actividades que limitan y designan la libido o cualquier otra forma que la persona haya encontrado de unir lo real, lo simbólico y lo imaginario—, será crucial al pensar en posibilidades futuras. Una vez que lo sabemos, las direcciones de la terapia se vuelven más claras, pero, ¿qué tipo de terapia elegir? ¿Hay límites rígidos? ¿Es programática o procedimental?

* * *

Es curioso que el propio trabajo de descubrir las circunstancias de un desencadenamiento y los procesos que permitieron el equilibrio previo constituya en sí mismo una terapia. En lugar de conducir al paciente a través de un cuestionario para acumular datos —algo que

seguramente beneficiará la carrera institucional de alguien gracias a las publicaciones, en vez de tener algún valor científico—, mantener un diálogo de verdad puede ayudar a establecer el sentido de historia del sujeto: una historia que, de hecho, no ha estado en absoluto presente.

Ya hemos visto cómo algunos sujetos psicóticos no tienen historia: han tenido una «infancia feliz», un trabajo y una vida familiar sin incidentes. No existen señales que indiquen cuándo cambiaron las cosas, esos momentos de discontinuidad que caracterizan una vida humana. Otros sujetos psicóticos tienen muy claros estos momentos de cambio, pero, cuando no existen, puede ser muy útil permitir al sujeto construirlos, realizando con él un trabajo minucioso y con tacto. Este proceso puede ser terapéutico, estableciendo una temporalidad, momentos de «antes» y «después» que pueden funcionar como coordinadas simbólicas, permitiendo a la persona situarse a sí misma y sus dificultades. En lugar de ser un objeto sin historia, puede convertirse en su sujeto.

Este trabajo debe hacerse con muchísimo cuidado, y el terapeuta debe invitar al sujeto a poner nombres, fechas y aislar los episodios y los acontecimientos de su vida. Crear distinciones en lo que parece que es una masa o un flujo continuado de experiencia es crucial en estos casos. Recordemos que el rasgo definitorio de lo simbólico es precisamente ése: forjar divisiones y contrastes en un cuerpo de material no diferenciado. Siempre es importante que el sujeto psicotico pueda crear un segundo significante, un nuevo término que es distinto, pero que está relacionado con uno que ha señalado una fuerza destructiva, intrusiva o insoportable en su vida. Un paciente melancólico hablaba constantemente de una «nada» que le pesaba, hasta que llegó el momento en el que progresó y fue capaz de diferenciar «nada» de «vacío». Independientemente del contenido de esas palabras, lo que importaba era la formación de un binario mínimo, la celda básica del funcionamiento simbólico.

En otro caso, en el que el sujeto repetía sin cesar: «Estoy muerto», fue la oposición entre «muerto» e «inerte» lo que le permitió ampliar el discurso, y fue capaz de hablar por primera vez de otras cosas. En este caso, el profesional puede ayudar al sujeto haciendo hincapié en una palabra de su discurso que puede adoptar esta función de segundo término de un binario, invitando al paciente a diferenciarla del significante original y, en apariencia, monolítico. Otros ejemplos incluyen la diferenciación de un paciente entre «vacío» y «vórtice», y la separación, en un caso de melancolía, entre las frases «lo he dejado marchar» y «lo he soltado». Lo que podrían parecer inflexiones lingüísticas triviales, pueden resultar de vital importancia en el trabajo de un sujeto psicotico.

Es mediante la inscripción mínima de estos grupos de diferencias como una persona puede elaborar una cuadrícula en la que ordenar, enmarcar e interpretar su experiencia. Gradualmente, se puede construir un cierto tipo de historia, y la atención a los nombres y las fechas adecuadas puede ayudar a acentuar la dimensión de denominar y sujetar, que, como hemos visto, es tan importante en la psicosis. Si en la esquizofrenia, especialmente, el significado es a menudo tan variable y potencialmente amenazador, denominar puede ayudar a bloquear este ir a la deriva. Este trabajo de designación también puede provocar que el terapeuta ponga nombre a ciertos aspectos de la vida del paciente. En lugar de imponer una visión del mundo, puede limitarse simplemente a ofrecer unas cuantas palabras —cuando sea necesario—, en general, tomadas del discurso del propio paciente.

En este caso, la práctica de designar puede seguir la lógica del uso de neologismos por parte del propio psicotico: como pusieron de relieve Tanzi y sus compañeros, las palabras inventadas tienden a hacer referencia a la experiencia de persecución y a las distintas formas de ataque utilizadas por el perseguidor. En términos analíticos, el deseo no mediado del Otro; éste es el punto exacto en el que el sujeto se ve obligado a inventar una nueva palabra, a usar los recursos del lenguaje para establecer algún tipo de límite. Sabiendo esto, el terapeuta puede introducir palabras precisamente en esos momentos, animando al paciente a poner nombre a esas experiencias y proponiendo nombres tomados de su propio discurso.

Igualmente, poner nombre a la experiencia de persecución de un miembro de la familia puede resultar decisivo. Asociar una determinada palabra a la madre o al padre, por ejemplo, puede suponer una identificación, lo que debilita la sensación persecutoria. Estos momentos —necesariamente, poco frecuentes en una terapia para que conserven su impacto— tratan más de poner un nombre enérgicamente que de sugerir o proponer. Se centran en manifestaciones de deseo del Otro, ya sean las acciones o el discurso de uno de los progenitores, una pareja, un amigo o un colega: cualquier cosa que haga que el sujeto tenga la sensación de que existe un enigma o una amenaza. El acto clínico de designación puede debilitar la amenaza invasiva, aunque, obviamente, debe tratarse de un acontecimiento poco común, o se reinstaurará la misma situación de persecución que la terapia trata de revertir.

Este proceso puede ocurrir de manera inadvertida. Un día abandoné una sesión para abrir la puerta al cartero. La paciente me oyó decir: «Hola, cartero» y, años después, me explicó que éste había sido el momento más importante de su terapia. Este momento, más que ninguna de las intervenciones terapéuticas que yo había realizado

a lo largo de los años, era el que había supuesto un verdadero cambio para ella. Recordó que de niña hojeaba libros en los que se representaba una escena de granja, y que sentía alivio porque podía nombrar y contar los elementos que contenía. Eran finitos y, por tanto, podía decir «hola, ocas; hola, patos; hola, ovejas». El instante en el que nombré al cartero fue muy importante para ella, porque se creó un vínculo entre la palabra y la cosa, entre el significante y el objeto. El mundo, a partir de ese momento, se volvió más estable.

Es interesante mencionar ahora que algunos enfoques de la psicosis se benefician de este principio sin reconocerlo totalmente. El enfoque del *DSM* y el de muchas terapias cognitivas animan a los sujetos psicóticos y a sus familias a ver los síntomas de la psicosis como enfermedades externas, ya se consideren como ocasionadas biológicamente o como el resultado de errores de aprendizaje. Aunque es fácil criticar esta perspectiva, el mismo gesto de denominar y «objetivizar» síntomas puede ser de ayuda para algunos sujetos psicóticos. Tiene la función de precisar significado que ya hemos comentado. Y eso es por lo que las terapias cognitivas a veces son útiles en estos casos: proporcionan al sujeto un lenguaje, un modo de nombrar y ordenar su experiencia.

Harry Stack Sullivan observó que el trabajo de ayudar a un sujeto psicótico a crear una historia, poniendo nombres y fechas, aislando y detallando, es, en cierto sentido, una tarea de secretario. De hecho, Lacan definió el lugar del analista al trabajar con psicóticos utilizando una *antigua* expresión psiquiátrica: «el secretario del sujeto alienado». Es una forma magnífica de expresarlo. Un secretario, al fin y al cabo, no interfiere —o no debería interferir— demasiado; toma notas, comprueba datos, confirma y pide aclaraciones, te recuerda cosas cuando es necesario, te ayuda a organizar la agenda y los contratiempos que van surgiendo; con suerte, es de fiar, tiende a ocupar el mismo espacio estable, puede que, como el profesional clínico, te pida que proporciones más detalles, fechas, que puntualices, que pongas nombre y especifiques para que pueda tomar notas; no intenta imponerte un punto de vista o decirte que te equivocas, y a veces puede que haga algo fuera de lo común, como expresar una opinión enérgicamente. Y, por supuesto, ser secretario significa no ser el jefe.

* * *

Las tareas de secretario introducen otro factor importante en el trabajo terapéutico con sujetos psicóticos. Un secretario, a menudo, le pide a su jefe que vaya más despacio, que repita una palabra que no

entendió o que le recuerde algo. Este es un trabajo de puntuación, y los puntos, las comas y los guiones que crea permitirán que se construya una historia. Sin signos de puntuación, ninguno de nosotros tendría una historia. Pero la puntuación va más allá de esta dimensión semántica. Mediante el ritmo de las sesiones, su frecuencia, sus horarios y sus finales, se produce otro tipo de puntuación que afecta a la libido y a la cuestión del significado y la historia.

Los fenómenos psicóticos a veces se experimentan como un continuo. Schreber se quejaba de los tormentos interminables que sufría su cuerpo y los comentarios incesantes de las voces. No hay tregua en lo que se refiere al miedo agudo, a las sensaciones físicas, las voces, la sensación de amenaza al propio ser. El sujeto puede ser incapaz, incluso, de imaginar que lo que le aflige puede llegar a cesar. Los profesionales saben, por ejemplo, que no sirve de nada decirle a un sujeto maníaco-depresivo, cuando está abatido, que las cosas pronto se arreglarán. La continuidad de los fenómenos psicóticos invasivos hace que sean más difíciles de sobrellevar, y la puntuación es uno de los modos de intentar trabajar contra ello. Introduce un ritmo básico de presencia y ausencia, una especie de negatividad en serie, quizá, como la de los aparatos mecánicos descritos por Joey: «Las máquinas», dijo, «son mejores que las personas. Las máquinas pueden detenerse. La gente va más lejos de lo que debería». El ritmo de las sesiones es un modo de introducir un corte simbólico en la continuidad de los fenómenos, incluso si el contenido real de las sesiones no es especialmente relevante. Si un sujeto en estado maníaco, por ejemplo, tiene sesiones de distinta duración en el mismo día, en algunas puede que se calme, incluso si la sesión dura sólo unos minutos.

Obviamente, el terapeuta tiene que tener la oportunidad de trabajar de este modo, con un horario flexible y con sesiones sin una duración preestablecida. Un paciente en crisis puede llegar a tener entre una y doce sesiones en un día, centrándonos en romper la terrible sensación de continuidad que impone la psicosis. Es importante pensar bien sobre esta cuestión de la frecuencia y la duración de las sesiones, ya que constituye una herramienta muy valiosa para trabajar con la psicosis. Sin embargo, el profesional clínico debe usarla con cautela, y el paciente debe ser iniciado en la práctica de las sesiones de duración variable. No tendría mucho sentido, por ejemplo, terminar una sesión tras cinco minutos sin una explicación con alguien que se lamenta de que siempre es rechazado. Pero una vez que reconoce el principio, si dice algo sorprendente sobre este tema en particular, puede que terminar la sesión en ese momento sea una buena idea. Terminar, al fin y al cabo, introduce una puntuación, causando impacto a muchos niveles diferentes.

Podemos contraponer la idea de los efectos de la puntuación con el clásico dogma de que el objetivo de la terapia es ayudar a comprender. Se supone que el terapeuta escucha al paciente y después le transmite el significado de lo que ha dicho. Comprender que los fenómenos psicóticos tenían un significado oculto fue emocionante para la primera y la segunda generación de estudiantes de Freud, pero esto les condujo a creer erróneamente que el tratamiento consistía en un proceso comparable al de explicar el significado. Irónicamente, fue esta misma idea la que llevó a tantos autores a decidir que la terapia con sujetos psicóticos no funcionaba. Comprender a veces puede ser útil, pero, como programa de trabajo terapéutico, puede llegar a ser invasivo y persecutorio muy rápidamente.

No debemos olvidar que para muchos sujetos psicóticos el mundo significa demasiado. Si todo les está enviando mensajes, quizá, lo último que deseen es otro mensaje. Y si, en su infancia, las personas que los cuidaban siempre sabían «demasiado», vigilándolos sin cesar o afirmando que conocían sus pensamientos e intenciones, el profesional clínico debe adoptar una postura muy distinta, interviniendo no desde una posición de conocimiento y significado, sino, al contrario, desde un punto de no conocimiento: más como un estudiante que como un profesor.

Analistas y psiquiatras exiliados en Estados Unidos, como Frieda Fromm-Reichmann, reconocieron este hecho en las décadas de los cuarenta y los cincuenta, y argumentaron que lo que ocasionaba el cambio era la dinámica de la comunicación y no la interpretación del «contenido» de lo que el paciente decía. Lo que tenía impacto no era tanto el significado que el terapeuta trataba de transmitir, sino el esfuerzo real por comprender. La puntuación es un aspecto relacionado, y funciona tanto a través del significado como fuera de él: ésa es precisamente su ventaja a nivel clínico. En una psicosis en la que el significado siempre parece cambiante —como en algunas formas de esquizofrenia—, el terapeuta necesita usar otras herramientas distintas del propio significado.

El psicoanalista Jean-Max Gaudilliere describe cómo accedió a llamar por teléfono a uno de sus pacientes psicóticos todos los días mientras estaba de viaje en Alaska. Estaba preocupado por este caso, puesto que existía un riesgo real de suicidio. Al llegar, llamó a su paciente y le dijo que eran las nueve de la mañana, que era miércoles y que le volvería a llamar al día siguiente a la misma hora. Lo que es revelador en esta situación es que Gaudilliere específicamente no le preguntó al paciente cómo se sentía. En su lugar, se limitó a comunicar la coordenada simbólica mínima: dónde estaba, qué hora y qué día era, y que llamaría de nuevo al día siguiente. Esto recuerda a las famosas postales del artista On Kawara, enviadas todos los días

durante décadas, y que simplemente contenían la fecha y el mensaje de que se encontraba con vida. Las llamadas, como las postales de Kawara, eran una forma escueta y simple de puntuar, que no sólo significaban que seguía allí, sino que introducían un corte en la continuidad de la experiencia del sujeto, una coordenada que podía constituir, en algunos casos, la pura diferencia entre la vida y la muerte.

Los psiquiatras existencialistas captaron la importancia de esto en su énfasis por ayudar al sujeto psicotico a «historizar». Esto conllevaba no sólo la elaboración de la propia biografía, la cartografía de los momentos significativos de la vida de uno, sino también el trabajo cotidiano de puntuar el tiempo. Como señaló Werner Mendel, decir sencillamente: «Te veo mañana a las diez en punto», puede ser la intervención más importante que puede hacer un terapeuta. Este mínimo hecho puede separar el pasado y el futuro, y abre la posibilidad al establecimiento de una historicidad. Como comentó una paciente psicótica: «Encontrar el modo de existir no depende del tiempo que estamos juntos en la consulta, sino de los espacios entre las sesiones. Esto es lo que permite que penetre una separación»: la separación que a ella le resultaba vital para sobrevivir.

Los mensajes de texto se han convertido en una herramienta común en la terapia de los sujetos psicóticos. He descrito anteriormente el caso de un hombre que me enviaba mensajes con sus alucinaciones auditivas para desplazar la fuerza interpelativa lejos de él, lo que le permitía escapar del lugar de su único receptor. Los mensajes de texto pueden animar al sujeto a comunicarse, a escribir y a realizar una mínima forma de registro. Es crucial reconocer aquí, sin embargo, que la comunicación no es siempre el objetivo fundamental de dichas prácticas. Gomo dice Zenoni, con los fenómenos psicóticos la verdadera pregunta clínica no es «¿qué significa?» o «¿qué se está expresando?», sino «¿qué función tiene?», «¿qué está tratando?» o «¿qué utilidad tiene para la persona?».

Uno de mis pacientes me envía un par de mensajes de texto al día para preguntarme si sigo vivo y, sin duda, existen varias formas de interpretar este hecho. Un analista británico seguidor de la teoría de la relación de objetos podría suponer que se trata de una señal de su agresión hacia mí: me pregunta si estoy vivo porque tiene miedo de haberme hecho daño. O podría interpretarse como el miedo a que alguien muera, como una resonancia de algún aspecto de su historia. Aunque puede haber algo de verdad en estas interpretaciones, también hay cierta actividad simbólica, que puntualiza el ritmo cotidiano de los mensajes enviados y recibidos, una actividad que puede ir más allá de la dimensión del significado, más relacionada con la sintaxis, quizá, que con la semántica. Yo respondo

escuetamente, sólo digo que sí, que sigo vivo.

Otro paciente me enviaba mensajes varias veces al día, no frases, sino simplemente palabras y números aislados. Esto le permitía, decía, «eliminar la excitación» de su cuerpo y de su mente. Hasta ese momento, tenía que masturbarse varias veces, incluso, antes de salir de su casa, con la intención de eliminar parte de esa excitación morbosa. En este caso volvemos a encontrarnos con una ilustración de la idea de libido: no se trata tanto de una sensación placentera, sino de una intrusión molesta que debe eliminarse o mantenerse a raya. Enviar mensajes y escribirlos le permitió canalizar estos estados de excitación, y atenuar las sensaciones agudas y no deseadas que lo invadían.

La redirección de la función del receptor que permiten los mensajes de texto también puede arrojar luz sobre ciertos rasgos clínicos de transferencia que encontramos en la psicosis. La dedicatoria del libro de Schreber a «todas las personas cultivadas que están interesadas en cuestiones relativas al más allá», con frecuencia se cita como un ejemplo de llamada a un receptor, un signo positivo del proceso de estabilización. Del mismo modo que el pequeño Anthony daba instrucciones y llamaba a su peluche, como si creara un interlocutor y, por tanto, controlara la función de interpelación, Schreber procuraba apoyarse en los vectores que lo señalaban. El hecho de que un paciente me dijera: «Tengo que convertirte en un oyente», podía interpretarse del mismo modo: distribuir lo que significa ser un oyente uno mismo o defenderse contra ello. Y, ¿acaso no es *hacer que se dirijan a uno* una respuesta al hecho de que se dirijan a uno?

En un caso que presentó Harold Searles, un paciente perturbado y muy violento de Ghestnut Lodge no dejaba de mirar a su alrededor fijamente, y el terapeuta le preguntó si oía voces. «No oigo voces», le dijo, «estoy mirando a mis dos mascotas, las moscas Lumy Abner». El terapeuta vio que, efectivamente, dos moscas zumbaban junto a la ventana. Estos personajes no se mencionaron durante el año siguiente, hasta que el paciente fue capaz de hablar de las terribles voces que habían invadido su mente en esa época. Voces femeninas le habían dicho que se ahorcase, que se sacase los ojos y que se aplastara el cráneo contra una puerta. Explicó que estas voces habían sido condenatorias, pero que el primer signo de esperanza se había producido cuando le habían dicho que le dijera a Lum y a Abner que volasen hasta una fábrica de su ciudad natal y que, una vez allí, se posaran en una máquina en particular. Según las voces, ésta era su única esperanza. «Puede que parezca raro», dijo, «pero hasta ese momento no había tenido ninguna esperanza, y sentí que ésta *era* mi oportunidad». Había esperado a quedarse solo para hablar con las

moscas; de otro modo, pensó, la gente le habría tomado por loco.

Aunque, sin duda, podemos darle una interpretación más profunda al significado de las moscas, la ciudad natal y la máquina, el detalle clave en este caso es, quizá, la modulación de la función del receptor: ya no es el único receptor de las voces, ya no se limitan a decirle algo, *le dicen que se lo diga a las moscas.* Esta simple pero asombrosa transformación de su experiencia de ser un objeto de las voces coincidió con su mejora clínica. Al dejar de ser el objeto, se le encomendó la tarea de transferir, de actuar como un relevo de las voces. Esta operación, sin duda, abrió la puerta a la esperanza en su mundo aterrador de persecución. Ya no le hablaban, ahora le *decían que hablase.*

Modular y redirigir la función interpelativa en la terapia puede resultar crucial para el sujeto psicótico. En ocasiones, el terapeuta puede sentir que actuar como relevo es demasiado duro, y hay casos en los que puede que se mantenga alejado de esta posición. En el caso que hemos mencionado en el Capítulo 7, escuchar las «rumias» del paciente puede haber resultado difícil, pero también podemos suponer que la intensidad del vector apelativo que transmitían era proporcional a la sensación de persecución que él mismo experimentaba. Al modificar la función del receptor, se pueden crear circuitos que a la larga vayan más allá del paciente y el terapeuta, a una audiencia de lectores, oyentes o, como en el caso del paciente de Searles, moscas.

* * *

¿Qué lugar ocupa el terapeuta aquí? Difícilmente será uno cómodo. El tacto, la sensibilidad y el uso ocasional de la fuerza ilocutiva no se combinan fácilmente, y todos los profesionales clínicos cometen errores al tratar la psicosis, errores de los que esperamos que aprenden. Para muchos terapeutas es especialmente difícil aceptar ser el objeto de las proyecciones del paciente. Pero cualquier terapia que se precie lo llevará implícito, puesto que los sentimientos de amor, odio y persecución se acaban centrando en el terapeuta. Algunas formas de terapia insisten en que estos sentimientos se analicen cuando ocurran o se le expliquen al paciente como resultado —precisamente— de la proyección. Esta estrategia es, por supuesto, más útil para el terapeuta que para el paciente, ya que le proporciona una vía para gestionar su propia ansiedad. Pero puede ser desastrosa para el paciente por una serie de razones.

En primer lugar, niega la legitimidad de sus pensamientos y sensaciones. Le dice que lo que siente no es correcto, una maniobra curiosa, considerando que tantas teorías de la psicosis nos dicen que el

problema en la infancia del sujeto radicaba precisamente en el hecho de que sus sentimientos y pensamientos no se procesaron de la forma adecuada o que la persona que lo cuidaba no les dio la importancia necesaria. Pero, más significativamente, trata de detener la movilización de la libido que necesariamente conllevan la proyección y la transferencia. Para ayudar a alguien a reorganizar su mundo, puede ser crucial que el terapeuta acepte ser el objeto odiado durante un largo período de tiempo, quizá, durante muchos años. Ser apreciado no siempre es tan relevante como podría parecer, y nadie a quien le importe gustarle a los demás debería ser terapeuta. Como señaló Edith Weigert hace muchos años, si la autoestima del terapeuta depende de que tenga éxito en la terapia, mejor que no acepte el trabajo y le ahorre al paciente la experiencia del abandono.

Como dijo una mujer esquizofrénica en el relato de sus experiencias: «Odiar es como cagar. Si cagas, demuestras que estás vivo, y si el médico no acepta tu mierda, significa que no quiere que vivas». Aceptar y sobrellevar el odio es, por tanto, esencial. Y continúa: «El médico tiene que demostrar que puede sentir el odio, pero que también puede comprenderlo y que no le hace daño. Sería espantoso que el médico resultara herido por la enfermedad». Si parte del trabajo de la terapia es ayudar al sujeto a crear algún punto en el que la libido invasiva pueda centrarse y en el que el paciente pueda vivir, es decir, localizar la libido de otra forma, el terapeuta debe aceptar que puede que él se convierta en este mismo punto.

Lo mismo ocurre con la confianza. Normalmente, se considera que la confianza entre el paciente y el terapeuta es esencial, incluso el factor clave en el tratamiento, generándose confianza justo donde no existió con los progenitores. Pero hay casos en los que la reorganización del mundo del paciente consiste en situar en la figura del terapeuta el elemento que tiene fallos y en el que no se puede confiar. Habrá muchos casos en los que el terapeuta necesitará demostrar que es digno de confianza y que no tiene malas intenciones, pero también habrá casos en los que lo contrario será cierto. La clave aquí es mostrar sensibilidad ante el discurso del paciente y la lógica del mundo que habita. Ser la parte mala y odiada de su mundo puede permitir que esos sentimientos se desplacen a otra parte y puede constituir un paso adelante en el largo proceso de cambio. Que el terapeuta acepte ser odiado, precisamente, puede ser lo que permita al paciente volver a la vida. Es curioso que algunos terapeutas —casi siempre, hombres— comenten que les resulta más fácil tolerar el odio del paciente que su amor.

Para situar estos aspectos de la terapia, el profesional clínico debe tratar de averiguar qué lugar ha acabado por ocupar en el mundo del paciente y, después, analizar las consecuencias del mismo. El deseo de

ayudar al paciente o las muestras de ternura o benevolencia pueden resultar bastante desafortunadas si esta cuestión anterior no se ha tomado en cuenta. El psiquiatra Yrjó Alanen describe su trabajo con Sarah, su primera paciente de larga duración. Esta joven había sido ingresada tras sufrir delirios en la universidad y creía que era objeto de experimentos de una médium que estaba en contacto con espíritus y personas lejanas que se turnaban para hablar a través de su cerebro. Las voces acabaron por fusionarse en una sola, la de un guía, un ser que habitaba en su interior. La terapia fue bien y a Sarah le dieron el alta, aunque continuó viendo a su psiquiatra durante más de un año. Varios factores provocaron que su psicosis se agravase y a Alanen le pareció necesario volver a ingresarla. Sarah estaba desesperada y en un momento determinado apoyó la cabeza en la mesa con frustración. El psiquiatra sintió compasión de ella y comenzó a acariciarle el pelo con dulzura. Instantáneamente, Sarah levantó la cabeza y le dijo que acababa de escuchar su voz dentro de ella: «Yrjo Alanen me habla, se ha convertido en mi guía».

Posteriormente, Alanen se dio cuenta de que debería haber estado más atento a cómo se estaba desarrollando su relación, ya que, de hecho, antes de este episodio ella había empezado a utilizar expresiones médicas relacionadas con él en su discurso. Si lo hubiera hecho, podría haber sido capaz de evitar esta nueva y arriesgada posición de agente influyente. Pero queda la cuestión de cómo el terapeuta puede responder una vez que el delirio del paciente le ha asignado ese lugar. Alanen se encontró a sí mismo en el lugar del Otro para Sarah, y no en el de un secretario o un colega, con el riesgo de que un trabajo útil y de apoyo pudiera convertirse en uno persecutorio. Una vez instalado en su psique como el guía, ¿qué debía hacer?

De nuevo, no existe una respuesta predeterminada a esta pregunta, y dependerá de las particularidades de cada caso. Alanen supo que a partir de ese momento que tendría que evitar el lugar del Otro para sus pacientes, pero ¿qué posturas alternativas pueden mantenerse? El lugar de una contraparte imaginaria puede parecer una opción mejor que el lugar potencialmente amenazante del Otro, aunque éste también presentará sus problemas. Si el terapeuta está literalmente en el lugar de una imagen especular para el sujeto, ¿qué opciones le quedarán a este último, aparte de desaparecer o destruir al terapeuta? Recordemos que, a diferencia del neurótico, para el psicotico no ha habido mediación simbólica en la fase del espejo. Es un espacio de «o tú o yo» que, a menudo, se asocia con la paranoia. Este es el motivo por el que las situaciones especulares pueden ser peligrosas tanto para el psicotico como para los que se encuentran a su alrededor.

En la terapia de Renée, este peligro del reflejo quedó

contrarrestado por la propia insistencia de la terapeuta de evitar los pronombres «yo» y «tú». Renée nos dice que Sechehaye hizo «lo mejor que podía haber hecho» al utilizar el pronombre de tercera persona. Se refería a la paciente como «Renée» y a sí misma como «mamá». Su trabajo era el de «mamá y Renée», no el «tuyo y el mío». «Cuando sin darse cuenta usaba la primera persona, de repente, se volvía una extraña y me enfadaba, porque, a causa de un error, había roto mi conexión con ella. Así que cuando dijo: "Verás cómo juntas luchamos contra el Sistema" (¿qué eran "yo" y "tú"?), para mí la realidad dejó de existir». Podemos señalar que aquí el problema se produce en el preciso momento en el que se evoca una triangulación: el «tú y yo» y «el Sistema», exactamente la configuración de lugares en las que hay riesgo de que se desencadene o agrave la psicosis, como hemos visto en el capítulo 7.

Hay casos, sin embargo, en los que haga lo que haga el terapeuta, el paciente intenta firmemente volver a colocarlo en el lugar del Otro o de la imagen especular. El terapeuta se identifica constantemente con una fuente poderosa de conocimiento o con una especie de doble. Puede que el paciente pida continuamente al terapeuta que le dé instrucciones y que le diga qué hacer —quizá, como el guía de Sarah —, o puede que imite al terapeuta y experimente una horrible sensación de exclusión si no hace lo que imagina que está haciendo el terapeuta o no tiene lo que cree que tiene el terapeuta. En estos casos, una vez que el terapeuta ha reconocido la naturaleza de la transferencia, hará lo posible por no ocupar ese lugar o, más precisamente, por ocupar ese lugar sin abusar: sin, por ejemplo, dar instrucciones o compartir demasiado con el paciente. En lugar de imponer su «comprensión», algo que al final puede causar que se convierta en perseguidor, el terapeuta tiene que promover un proceso de cuestionamiento, reconociendo un punto de no entendimiento y, al mismo tiempo, evitando una sensación demasiado amplia de enigma o misterio.

La posición del terapeuta siempre llevará aparejada una comunicación de su propia carencia: carencia de conocimientos, de poder, de entendimiento, de experiencia. Considerando que el sujeto psicótico muchas veces sufre con el exceso de proximidad del Otro —un progenitor o cuidador, un perseguidor, etc.—, es vital indicar que en la terapia se dispone de un espacio diferente, o que se puede construir uno. Podemos pensar en el caso que hemos mencionado anteriormente en el que la cleptomanía del paciente era una primera fase de su progreso: había encontrado un modo de sustraerse de la mirada omnipresente del Otro. La creación de un espacio libre de la mirada entrometida del Otro es crucial para el sujeto psieótieo y, por tanto, la terapia debe adaptarse a este requisito, respetando la

necesidad de un espacio vacío. Las terapias que tratan de «conocer» al paciente o de decirle «quién es» pueden resultar desastrosas, ya que el hecho de no ser conocido o de mantener cierta distancia puede ser la diferencia entre la vida y la muerte. Por eso tantos psicóticos buscan el anonimato.

Lo mismo se aplica a las instituciones, donde el trabajo puede seguir la misma lógica: el entorno debería comunicar al paciente que no todo está completo, que existe un espacio vacío en el que el paciente puede construir algo. Esto puede resultar muy difícil para los terapeutas y para el personal, puesto que puede que se sientan más seguros en la posición de expertos, pero, en última instancia, es de poca ayuda para muchos sujetos psicóticos.

* * *

Los terapeutas que han escrito sobre el trabajo a largo plazo con la psicosis han comentado la naturaleza «dual», «fusionada» o «simbiótica» de la transferencia. Es como si el terapeuta y el paciente se fundieran, sin admitir a un tercero. El apetito de sesiones puede parecer voraz, el ansia porque el terapeuta esté presente nunca se calma. Gomo señaló Robert Knight, el terapeuta que trate a sujetos psicóticos tendrá que ser capaz de lidiar con intensos estados emocionales, exigencias sin fin, maniobras en las que se le pondrá a prueba y estallidos de odio, además de una comunicación confusa.

Pioneros como John Rosen llegaron a mantener sesiones de diez horas con sus pacientes, y Sechehaye, a menudo, se pasaba el día entero con Renée. Este intenso trabajo era agotador: a períodos de progresos les seguían épocas terribles de dolor y retraimiento, como si la cercanía que se establecía sólo anunciara un rechazo. El amor sólo puede acabar en destrucción mutua. Así que el paciente se retrae. No puede tolerar demasiada cercanía. Aunque las cosas vayan bien, el paciente asume que el terapeuta puede abandonarlo por capricho. Un pequeño cambio, como que carraspee por tener la garganta seca, puede interpretarse como una señal de rechazo; las vacaciones y los días libres, como inconcebibles abandonos o traiciones.

La relación «simbiótica» se explica a veces en relación a los primeros años de vida de la persona. La madre quiere que el hijo reaccione ante ella, la reconozca, quizá, como madre. Pone presión en el niño para que éste experimente el mundo como ella, especialmente el mundo de los sentimientos, los motivos y los pensamientos. Estas exigencias pueden tomar el cariz de una cualidad «todo o nada», y el niño entra en una armonía casi total con los estados de ánimo y los procesos mentales de la madre. El niño tiene que elegir, como observó

Helm Stierlin, entre aceptar la agobiante definición de realidad de la madre o perder su amor. De ahí la increíble intensidad de la transferencia y de la habilidad de muchos psicóticos para captar el estado de ánimo del terapeuta con tanta precisión. Como dice Stierlin, son «superespecialistas en comprender la comunicación inconsciente». Pero, ¿qué pueden hacer con ello? Incapaces de encontrar un sentido, un ámbito y una perspectiva para estos datos, quedan a merced del significado. Su fuerza en la transferencia también se experimentará como una amenaza, y las intervenciones del terapeuta y su presencia, en ocasiones, pueden resultar amenazantes e invasivas. De ahí, los períodos de retraimiento y venganza.

El paciente puede asumir que es el único objeto de atención del terapeuta y experimentar el hecho de ver a otro paciente como la traición más abominable. De nuevo, este hecho se puede teorizar en términos de la relación madre-hijo. El paciente revive un estado anterior de fusión con la madre, o intenta representar el tipo de situación de cuidado parental del que en realidad ha sido privado. Algunos terapeutas aconsejan anticiparse, y, de hecho, tratan de ser el progenitor que el paciente nunca tuvo, mientras que otros tratarán de analizarlo en lugar de representarlo. Elegir el rol del progenitor puede significar, para algunos terapeutas, literalmente dar de comer y cuidar del paciente física y emocionalmente. Incluso si los sentimientos siguen siendo positivos, la experiencia puede ser demasiado intensa y, como señala Arieti, algunos terapeutas se agobian tanto que hasta se plantean mudarse a otras ciudades o a otros países para escapar del insaciable amor de un paciente.

La enfermera psiquiátrica y, posteriormente, psicoanalista Gertrud Schwing publicó un libro muy popular e innovador, en 1940, sobre la importancia de cuidar al paciente, dándole lo que no tuvo en sus primeros años de vida. Sechehaye hizo exactamente esto en el caso de Renée, dejándola que comiera una manzana de su pecho, pero sus intervenciones se basaban, al contrario que las de Schwing, en una teoría del simbolismo. Es significativo que tantas terapias basadas en el modelo madre-hijo tengan que ver con objetos materiales y no sólo con el discurso, como si se intentara llevar a cabo un proceso básico de simbolización. Sechehaye registra las fases de este proceso: cómo Renée acabó siendo capaz de ingerir alimentos que no le proporcionara ella exclusivamente y de utilizar muñecas como representación de algo y no sólo como meros objetos materiales.

Gomo dijo uno de mis pacientes: «Necesito algo físico de lo que cuidar y que después pueda devolver. Necesito algo muy, muy concreto». Expuso claramente sus exigencias con respecto a la comida: «No es que quiera alimento, pero si me das de comer, eso me ayudará a crear un cuerpo para contener la comida». Sin ir tan lejos como

Sechehaye al colocarse manzanas en el pecho, muchos terapeutas cuentan que usan objetos en su trabajo con esquizofrénicos, y el factor clave aquí, quizá, sea cómo estos cambian de función con el tiempo. Un objeto nunca está aislado, sino, como aclaró mi paciente, es parte de una interacción, un intercambio. Recordemos ahora cómo en el ejemplo freudiano del niño que juega con el carrete de algodón, el hecho de recoger y lanzar el objeto se acompañaba de una vocalización: lo que permitía la simbolización de la ausencia de la madre era la presencia de las palabras. Y, así, en algunos casos, un objeto material se vuelve necesario para actuar como un apoyo del proceso simbólico, para ayudarle a levantar el vuelo.

Estas formas de terapia cercanas e intensas nos enseñan mucho, pero, como señala Arthur Burton, el paciente puede llegar a bordear la fina línea que existe entre destruir al terapeuta y encontrar el «renacimiento» a través de él. En lugar de ver estas opciones como resultados separados en una terapia, puede que sean partes del mismo proceso: la destrucción, en cierto sentido, es necesaria, pero, ¿qué es lo que hay que destruir? ¿Se trata de una destrucción real, física, o de una invalidación simbólica, una vez que el terapeuta se ha identificado con algún aspecto de la libido del paciente? Gérard Pommier observa cómo el sujeto psicotico puede tratar de devorar al profesional clínico en estas terapias «simbióticas», y que la práctica de las sesiones cortas puede ser una respuesta a ello, demostrando que el terapeuta ha sobrevivido, «por lo menos, hasta la siguiente sesión». Efectivamente, no debe subestimarse el lugar de lo que podría llamarse amor y odio oral. Gomo dijo uno de mis pacientes: «No quiero tener una relación contigo ni follarte. Sólo comerte de un bocado. O eso o nada».

A menudo sucede que una persona psicótica, consciente de los peligros de una relación humana cercana, tratará de establecer sus propias formas de distancia artificial. Podemos pensar en el caso comentado en el capítulo 8, en el que un joven inventó una especie de métrica para relacionarse con sus vecinos del edificio de apartamentos en el que vivía. Por poner otro ejemplo, un hombre esquizofrénico describió cómo había elegido a su terapeuta; de todos los terapeutas posibles con los que podría haber consultado, eligió a una que tenía un perfil público en su propio campo, que había publicado muchos artículos y que a menudo aparecía mencionada en la bibliografía. Pero, una vez que empezó su terapia, cerraba los ojos cada vez que se topaba con su nombre y guardaba en un armario las publicaciones que contenían cualquier referencia a ella. Era consciente de ello cuando la eligió, como si tuviera que crear una distancia artificial, un tipo de relación especial en la que había una barrera. El paciente explicó que su fobia, en lugar de ser producto de la terapia, había sido

parte de su estrategia inicial: sabía que sólo podría seguir una terapia si creaba una distancia preliminar.

Muchas tradiciones en terapia tratan desde el principio de evitar el peligro de relaciones exclusivamente duales introduciendo un equipo terapéutico, en lugar de contar con un solo terapeuta, así como actividades, talleres y grupos, cuyo objetivo es contrarrestar la dependencia excesiva de una única figura. Esta multiplicación de puntos de unión puede ser muy efectiva, aunque siempre hay algunos casos en los que, sea cual sea la variedad de los procesos terapéuticos, una persona es elegida como el objeto principal de la transferencia. Lacan describió este aspecto de la transferencia en la psicosis como «erotomanía mortificante», una expresión que tiene, a la vez, un espectro muy amplio y precisión técnica. La erotomanía implica que uno cree que es el objeto especial del amor de otro, y también puede referirse a un amor único y persistente hacia otra persona. Es cierto que en el tipo de trabajo terapéutico a largo plazo que estamos comentando, la relación muchas veces tiene esta estructura: un vínculo especial, entendido por el paciente de muchas formas distintas, que tiene efectos mortificantes, ya que introduce cierta negatividad. Puede que haya que pagar el precio de la inercia, pero también puede beneficiar al paciente dándole estabilidad, una nueva configuración de la libido. En estos casos, es difícil imaginar cómo terminará la terapia, y, de hecho, hay buenas razones para aceptar que nunca terminará.

Algunas terapias durarán «toda la vida» y muchos terapeutas experimentados tendrán casos en los que trabajan durante décadas. Una de mis pacientes describió cómo, incluso si dejara de venir a las sesiones, yo seguiría estando ahí como «burbujas en la luna» : «Usted es como algo que siempre está ahí y las cosas que le pasan son como ideas o acontecimientos, que sé que suceden, pero de las que no tengo prueba; usted es como burbujas en la luna». Esta curiosa invención designaba la posición extraña y excéntrica que me había otorgado, muy distinta del lugar persecutorio que ocupaba cuando empezó su terapia unos años antes. Por muy espaciadas que estuvieran las sesiones, para ella «algo» seguía allí.

Guando empecé mi trabajo clínico, mis profesores eran tajantes respecto a esto: un paciente psicotico, decían, lo es de por vida. Alanen describe un caso en el que lleva trabajando treinta y ocho años. El profesional debe estar preparado para este trabajo interminable, en el que habrá pasos adelante y atrás, y debe estar disponible para el paciente fuera de las horas de trabajo convencionales. Debe estar localizable en caso de que se produzca una crisis, y debe dejar abierto el lugar del receptor. En el caso de Aimée y en otros ejemplos hemos visto lo catastrófico que puede llegar a ser

cerrar la línea de comunicación. Cuando se constituye un receptor, alguien designado como oyente, se produce un momento positivo en el trabajo con un sujeto psicotico. No tiene por qué ser el mismo terapeuta, y puede ser alguien más allá de él: cuando Pankejeff hablaba con Ruth Mack Brunswick, su receptor era, sin duda, Freud.

Tener un receptor puede permitir al sujeto psicotico empezar a construir una historia, un trabajo de escritura o creación, que se facilita si se dirige a alguna parte. Schreber dirigió sus *Memorias* a la ciencia de su tiempo y la iluminación religiosa de la humanidad, en lugar de hacerlo a una persona en particular, y la identidad de este receptor puede variar enormemente. El terapeuta puede, en muchos casos, ser más como un testigo, alguien que está ahí para dar validez a una forma de trabajo o actividad que puede que se enfoque a otra parte. En lugar de decirle al paciente que un delirio, por ejemplo, es malo, uno puede limitarse a presenciarlo, del mismo modo que un documento puede requerir un testigo: no para evaluar su verdad absoluta, sino simplemente para actuar como garantía del mismo. Un delirio, después de todo, es una construcción, un trabajo reparador que implica construir algo.

Cuando se constituye el lugar de un receptor en el marco de una terapia, y el terapeuta ocupa este lugar, en algunos casos puede ampliarse, desplazándose a una audiencia mayor o más abstracta —lectores, espectadores, oyentes, otros pacientes, etc.—, pero, durante el período en el que el terapeuta mismo ocupa este lugar del receptor, obviamente, existe el peligro real de imponer límites de tiempo al tratamiento. Por muy beneficioso que sea el trabajo, detenerlo bruscamente con el requisito arbitrario de un número máximo de sesiones, sin espacio para cambiar esas normas burocráticas, puede resultar muy arriesgado. Algunos terapeutas hablan de «trabajar para llegar a un desenlace» y, aunque sin duda hay casos en los que esto es válido, también puede ser para el terapeuta un modo de gestionar su propia ansiedad o culpa por terminar el tratamiento.

* * *

Al final, la causa más común de fracaso en la terapia de la psicosis no es que el terapeuta haga una intervención imprudente o cometa un error garrafal, sino que pierda interés en continuar con el trabajo. Esto puede deberse a varios factores, pero una y otra vez nos topamos con la desesperación causada porque el paciente no cambia y por la dificultad de lidiar con las pruebas de amor y compromiso que le pone al terapeuta. Algunos sujetos psicóticos pueden exigir un compromiso que en algún momento esperaron de sus cuidadores y desarrollar un

extenso repertorio de pruebas con las que comprobar que este compromiso es firme.

Cuando el paciente pone a prueba el compromiso del terapeuta en estos momentos clave, el terapeuta tiene que poner más énfasis en su dedicación. Puede que su paciencia, resistencia, amor y odio sean llevados al límite, y es comprensible que a muchos profesionales no les guste este tipo de trabajo. Si continúan, puede que se vean arrastrados a lo que se describe como un «enredo simbiótico», que puede experimentarse a la vez como algo aterrador e intrigantemente placentero. El modo en el que resuena esto en su propia vida inconsciente, sin duda, determinará cómo reaccionan y responden al trabajo clínico, y no es casual que muchos terapeutas acudan a terapia en esos momentos.

Como observa Arthur Burton: «El esquizofrénico quiere una intensidad en la relación que esté a la par con su distanciamiento, es decir, un amor sin ningún tipo de adorno». El nivel de compromiso requerido es tan grande que a veces los terapeutas dispuestos a aceptarlo son los que están empezando o los considerados unos santos. Burton y otros han señalado que la terapia aquí no es tanto una intervención médica, sino un matrimonio, «con todos los matices que esto implica, pero quedando los aspectos sexuales confinados a la fantasía», aunque uno puede argumentar que en realidad los aspectos sexuales de la mayoría de los matrimonios reales también quedan confinados a la fantasía. De hecho, es más fácil, dice Burton, escapar de un matrimonio real que del matrimonio temporal con algunos sujetos psicóticos, y, de ahí, la conocida susceptibilidad de los terapeutas respecto a sus pacientes esquizofrénicos. Raramente cuentan con sinceridad lo que ocurre en el trabajo, temerosos de las críticas de sus compañeros.

Estos comentarios sobre el trabajo con sujetos esquizofrénicos pueden ser ciertos en algunos casos, pero no lo son en todos. Los peligros del enredo simbiótico y el bombardeo de maniobras para poner a prueba al terapeuta, a menudo, no se producen, y las vicisitudes de la terapia variarán enormemente de un caso a otro. Pero, pase lo que pase, es crucial que el terapeuta recuerde la diferencia entre los fenómenos esenciales de la psicosis y los intentos de restitución con los que a menudo se confunden. Los intentos por establecer significado, por tender puentes entre ideas o por inventar nuevos estilos de vida pueden parecer ilusorios o idiosincrásicos, pero dan testimonio de un auténtico trabajo de creación.

Hoy día, muchos servicios de salud mental no alcanzan a comprender este rasgo esencial de la psicosis. El éxito de un tratamiento se mide en términos superficiales de funcionabilidad social, medidas ordinarias que pueden aplicarse en «poblaciones de

pacientes» más que en términos de vidas individuales. Lo que para una persona representa una verdadera novedad puede no significar nada para otra, y estos detalles siempre van a variar de un caso a otro. Gomo señaló la psicoanalista Françoise Davoine, lo importante puede ser incluso sólo un pequeño placer, como en la canción «My Favourite Things» de *Sonrisas y lágrimas.* Básicamente se trata de una lista de trivialidades —lazos, bombones, gotas de lluvia y rosas—, pero que representan inversiones, signos de vínculos afectivos con la vida. No eliminan el abismo de fondo —en la película, el acercamiento de los nazis— y, sin embargo, permiten una forma localizada de esperanza y alegría.

A veces, el interés del terapeuta en estas pequeñas cosas puede resultar muy valioso para el paciente. Guando Lacan invitó a un sujeto que iba a terapia a probar uno de los deliciosos bombones que acababa de recibir de Bélgica, el poder del gesto no residió sólo en la dimensión de un regalo, sino en la comunicación del placer de «una de mis cosas preferidas». Sin duda, esto tendrá más importancia para un paciente que el intento de que disfrute de la «felicidad» o el «éxito», abstracciones acerca de las que muchos sujetos psicóticos son, con bastante acierto, escépticos. Capaces de ver a través de la falsa fachada de cultura consumista, saben muy bien lo que es verdaderamente importante en la vida.

Si la situación aprieta, lo que importa es la otra cara del consumismo: no la ingestión de una noción preconcebida de salud o bienestar, sino la creación de algo nuevo. Como dijo Arthur Burton, los sujetos psicóticos «de algún modo, necesitan ser parte activa de los inicios y los finales de las cosas». Que esto se traduce en algún tipo de producción ya ha quedado claro por las teorías que hemos comentado y por los casos clínicos que hemos mencionado. El sujeto psicotico debe reinventar utilizando una cuadrícula de significado preexistente, porque son precisamente los inicios y los finales de las cosas los que no pueden simbolizarse con facilidad. Esta acción puede incluir el habla, pero también lleva implícita siempre una creación material: escribir, dibujar, pintar, esculpir o cualquier práctica humana de forja o inscripción. Nunca me he topado con un caso de psicosis en el que dicha actividad no tuviera un papel preponderante, no necesariamente en términos del tiempo dedicado a ello, sino del lugar que ocupa en el mundo de esa persona. Incluso las postales esporádicas enviadas durante el curso de un tratamiento pueden ser fundamentales.

Promover y facilitar estas acciones es parte del trabajo de cualquier terapia seria de las psicosis. Desgraciadamente, incluso si esas terapias contemporáneas que le dicen al sujeto psicotico que tiene una enfermedad y lo que debe hacer al respecto pueden parecerle útiles a algunos, lo cierto es que privan al paciente de este

aspecto vital de la experiencia. Independientemente de si el paciente decide o no aceptar la oferta y de si siente que la terapia le ayuda o le hace la vida más difícil, el profesional debe reconocer que muchos de los fenómenos de la psicosis no son signos de un déficit, sino, al contrario, un camino hacia la creación. Y esto es lo que cualquier compromiso terapéutico debe poder ofrecer.

EPÍLOGO

Tomar en serio la teoría de la locura común tiene consecuencias radicales para la sociedad en la que vivimos. Si aceptamos que existe una diferencia fundamental entre estar loco —que es perfectamente compatible con la vida cotidiana— y volverse loco —que ocurrirá a raíz de determinadas situaciones—, podemos aprender a respetar las distintas prácticas que los individuos inventan para estabilizar sus vidas. A veces, encajan bien con las prácticas sociales aceptadas y, a veces, no. Pero una vez que reconocemos que constituyen intentos de crear soluciones, podremos cuestionar cualquier proyecto que intente devolver al paciente al conjunto normativo de creencias y valores.

Reconocer este hecho tendrá consecuencias clínicas muy importantes. Como hemos visto, muchas de las peculiares y aparentemente extrañas prácticas de los sujetos psicóticos son intentos de encontrar una cura para las experiencias fundamentales de terror, fragmentación e invasión. Cualquier tratamiento que confunda estos dos grupos de fenómenos será arriesgado, y socavar los esfuerzos de la persona por curarse a sí misma puede tener efectos catastróficos. Los sujetos psicóticos siempre andan ocupados denominando, creando, ensamblando, inventando y documentando, y al cuestionar o tratar de suprimir dichas actividades, se corre el riesgo de privar al sujeto de lo que es más importante para él. Los frutos de dichas actividades no tienen por qué ser de «uso» social o tener sentido: pueden ser discretos o llamar la atención, privados o públicos, comunicativos o contenidos.

Las campañas para eliminar el estigma sobre las llamadas «enfermedades mentales» a menudo toman una dirección equivocada. Tratan de demostrar que los que padecen una determinada enfermedad han hecho contribuciones extraordinarias a la ciencia o al arte. Por ejemplo, al tratar de eliminar el estigma sobre el diagnóstico del autismo, leemos que Einstein y Newton hoy día, efectivamente, habrían sido diagnosticados como autistas y, sin embargo, hicieron descubrimientos magníficos en el campo de la física. Incluso si se reconoce que eran «diferentes», su valía todavía se mide en términos de cómo su trabajo ha tenido un impacto en el mundo de los otros. Por muy buenas intenciones que tengan, dichas perspectivas no son muy acertadas, puesto que plantean una ecuación implícita entre valor y utilidad social.

Ir en esta dirección es peligroso, ya que en el momento en el que la vida humana se define en términos de utilidad, se abre la puerta a

la estigmatización y la segregación. Si se descubriera que alguien no es tan útil, ¿qué valor tendría entonces su vida? De hecho, éste era el argumento de los eugenésicos de principios del siglo xx que abogaron por eliminar a los enfermos mentales. Aunque nadie confesaría dichas aspiraciones hoy día, no podemos ignorar que en los últimos años ha resurgido un discurso extraordinariamente similar, con énfasis en la utilidad social y la vulnerabilidad hereditaria y genética.

En la actualidad, la biología se utiliza más que nunca en este último siglo para explicar la naturaleza humana. A mediados de la década de los noventa los manifestantes podían irrumpir en una reunión que trataba de demostrar los fundamentos genéticos del comportamiento criminal, pero hoy día los medios de comunicación reciben con elogios dichas afirmaciones. La nueva industria de la biopredicción está creciendo con fuerza, reivindicando que puede predecir la conducta antisocial futura que se aparta de la norma. Los académicos en el Reino Unido y los Estados Unidos participan en dichos proyectos, al parecer, sin percatarse de las raíces históricas de su disciplina o de los problemas éticos que plantean.

Todo esto sucede en un clima de entusiasmo por la intervención futura: una vez que se identifica la vulnerabilidad genética, la ingeniería médica y social prepara el terreno para una sociedad más sana. El enfoque aquí está en la conducta externa, más que en la complejidad de la vida interior, con la idea de que equiparar la psicosis con una enfermedad biológica fomentará actitudes tolerantes y aceptación. Se supone que los prejuicios desaparecen cuando aprendemos que se trata de un problema de salud como cualquier otro, y que por tanto no se debe culpar a nadie.

Pero, desafortunadamente, no se puede dejar a un lado la capacidad humana para excluir y culpabilizar, y los argumentos biológicos llevan implícita la misma —y muchos estudiosos sostienen que más— estigmatización. Una reseña reciente de doce estudios de estigma y «enfermedad mental» reveló que en once de ellos las teorías biológicas de la psicosis causaron más prejuicios y estigma que las teorías sociales. Los sujetos psicóticos se percibían como peligrosos, antisociales e impredecibles. Gomo señala un estudio reciente de la Organización Mundial de la Salud: «Se ha depositado demasiada confianza en el modelo de enfermedades de la mente, lo que puede agravar, en lugar de cuestionar, los estereotipos de peligrosidad y, particularmente, de incompetencia».

Casi de modo imperceptible, el auge del enfoque biológico ha traído consigo el espectro del movimiento eugenésico que tuvo efectos tan devastadores a principios del siglo xxi durante el período nazi. En su forma básica, la eugenesia distingue un «nosotros» sano de un «ellos» enfermo, haciendo la distinción en términos de rasgos raciales

o hereditarios. Puedes saber a qué grupo pertenece un individuo por su pasaporte o certificado de nacimiento, y esto es lo que en última instancia separa el enfoque segregativo del que respeta la vida humana; para este último necesitamos escuchar lo que el individuo nos cuenta sobre su experiencia, para saber dónde colocarlo y no hacerlo por anticipado.

Las dos alternativas que proporciona la eugenesia una vez que se ha llevado a cabo la segregación son claras: o se convierte a la persona enferma en sana, o se la elimina de la sociedad de los sanos o, incluso, del planeta. Aunque nos guste pensar que dichos debates encajaban perfectamente en el clima de la Alemania nazi, de hecho, tienen sus raíces en el pensamiento británico y estadounidense. Aquellos catalogados como enfermos mentales perdieron el derecho a casarse en muchos estados de Estados Unidos a partir de finales del siglo xix, y en 1914 esa legislación ya estaba vigente en más de veinte estados. Existía un programa progresivo para segregar a los enfermos mentales, apoyado por el movimiento eugenésico, e Indiana fue el primer estado en aprobar la ley de esterilización forzosa para los enfermos mentales.

A finales de los años veinte, treinta estados habían aprobado una legislación similar, generalmente para sujetos ingresados en instituciones, aunque existía una oposición fortísima por parte de algunos gobernadores y tribunales estatales. Los gobernadores de Vermont, Nebraska e Idaho vetaron el primero de los proyectos de ley, y en Oregon un referéndum dio como resultado la abolición de la ley de esterilización. Aun así, sorprendentemente, el Tribunal Supremo de los Estados Unidos dictaminó en 1927 que la esterilización de los enfermos mentales era, efectivamente, constitucional, ya que impedía la transmisión de genes defectuosos. Ningún país europeo tenía una legislación similar y, en 1987, una encuesta en la revista *Fortune* reveló que el 66% de los estadounidenses estaba a favor de la esterilización de los enfermos mentales. Gomo dice el escritor Robert Whitaker: «En ese momento, Estados Unidos se erigía como el único y primer país eugenésico».

El programa eugenésico de los Estados Unidos tuvo una influencia considerable en Alemania. Aunque el parlamento alemán rechazó un proyecto de ley sobre la esterilización en 1914, el programa eugenésico se popularizó tras la Primera Guerra Mundial y Hitler elogió su lógica implacable. El énfasis estaba en la naturaleza heredada de las «enfermedades mentales» y la Fundación Rockefeller, incluso, hizo una donación de 2,5 millones de dólares al Instituto Psiquiátrico de Múnich en 1925 para investigación eugenésica, así como de otras cantidades a instituciones médicas alemanas. La ley de esterilización forzosa se aprobó una vez que Hitler tomó el poder en

1933, y los investigadores alemanes estudiaron detenidamente los procedimientos y las teorías estadounidenses, especialmente las del estado de California. La redacción del proyecto de ley alemán se hizo copiando casi en su totalidad las leyes de esterilización estadounidenses y, bajo el régimen nazi, una media de 165 000 ciudadanos alemanes fueron esterilizados cada año contra su voluntad.

Los médicos estaban obligados a informar de cualquier paciente «no apto» a los Tribunales de Salud Hereditaria, que a su vez lo evaluaban para una posible esterilización. Las publicaciones médicas norteamericanas elogiaban el modelo alemán, y no pasó mucho tiempo hasta que se planteó la siguiente pregunta lógica: ¿por qué detenerse en la esterilización? ¿No debería, simplemente, exterminarse a los enfermos mentales? Quizá, sorprenda que esta cuestión no se planteara por primera vez en Alemania, sino en Estados Unidos. El libro supervenías del activista eugenésico Madison Grant, *La muerte de la gran raza,* que instaba a la «erradicación» de los no aptos, fue traducido a muchas lenguas y parece que Hitler escribió al autor una carta expresando su admiración.

Los movimientos eugenésicos alemanes y estadounidenses consideraban la enfermedad mental como un rasgo biológico heredado. Alexis Garrel, el físico galardonado con el Premio Nobel, escribió en su libro *La incógnita del hombre,* publicado en 1935: «Lo anormal impide el desarrollo de lo normal». Por lo tanto: «¿Por qué no debería la sociedad deshacerse de los criminales y los enfermos mentales de un modo más económico que encerrándolos en cárceles e instituciones mentales?». «¿Por qué mantenemos a esos seres inútiles y dañinos?». Carrel propuso la exterminación en «pequeñas instituciones eutanásicas con gases adecuados». Como sabemos, los nazis comenzaron a hacerlo a partir de enero de 1940.

La lógica de la segregación que introdujo este programa quizá sea un delirio, ya que conllevaba una rígida separación entre «nosotros» y «ellos». Ya hemos visto cómo, en ocasiones, éste es un rasgo del pensamiento psicótico, en el que el mundo se divide de acuerdo con sencillas oposiciones binarias y juicios de valor de dos conceptos: puro e impuro, bueno y malo, blanco y negro, inocente y culpable, etc. Gomo señaló la escritora Maiy Loudon, comentando las actitudes ante las enfermedades mentales: «Para muchas personas es importante decidir dónde colocar a los otros, porque éste es el único modo de saber dónde se encuentran ellas».

Desgraciadamente, muchos de los bienintencionados enfoques hacia la psicosis hoy día se basan exactamente en los prejuicios de la era eugenésica. El psicótico se divide en una parte «sana» y otra «enferma», y el objetivo del tratamiento es conseguir que triunfe la

parte sana. La psique está segregada internamente, y los objetivos de la terapia se explican en términos de cambios en la química cerebral. El psicótico debe aprender a ver sus procesos de pensamiento enfermos, tal y como dijo un psiquiatra, «como una pérdida de tiempo». La «interacción con mentes más maduras» —es decir, las del equipo terapéutico— permitirá al paciente pensar, comportarse y sentir de manera más realista. El paciente debe explorar la mente del terapeuta para encontrar «su propia mente representada en ella» y, después, «integrar esta imagen como parte de su percepción de sí mismo».

Algunos defensores de este punto de vista admiten que, de algún modo, recuerda las ideas de los eugenésicos, pero sostienen que ser consciente de la parte «enferma» de uno, obviamente, no provocará medidas extremas tales como la esterilización o la encarcelación, y permitirá a la persona tomar parte activa a la hora de gestionar su enfermedad. La ingenuidad de esta perspectiva reside en el malentendido de lo que podemos llamar «colonialismo físico», una definición que da como resultado la cita que figura al final del párrafo anterior. La noción de enfermedad viene del exterior, como los distintos modelos para gestionarla, y todos se promocionan con entusiasmo. Los manuales de tratamiento nos dicen, de hecho, que el terapeuta debería mostrar al paciente una perspectiva estable de su «mundo interior» que «pueda ser adoptada como la parte reflexiva del yo». A todos los efectos, esto significa interiorizar la interpretación del terapeuta de los problemas del paciente. Podemos comparar este enfoque con la perspectiva que no trata de descartar o rechazar los procesos de pensamiento de la persona, sino aprender de ellos, aclararlos y, quizá, ayudarla a usarlos en su beneficio.

* * *

En esta visión segregada de la psique, los pacientes se convierten en piezas defectuosas de un equipo que deben recuperar su funcionalidad original a través de una intervención externa, en lugar de hacerlo mediante sus propios recursos internos. Los fenómenos psicóticos deben eliminarse tan rápido como sea posible, y el paciente debe ser guiado hacia una realidad compartida, que en la práctica significa la del terapeuta. Pero, si muchos o la mayoría de los síntomas psicóticos son mecanismos de restitución, estamos reivindicando esos programas a un precio muy alto. Como hemos visto, lo que interesó a muchos de los primeros psiquiatras fue cómo podía estabilizarse la psicosis o podían crearse mecanismos de compensación o equilibrio. Los síntomas más floridos pueden perder intensidad y las actividades, los proyectos y los estilos de vida, ocupar su lugar.

La clave para estudiar estos procesos era a través de casos individuales; no agrupando casos en un experimento, con resultados derivados de medias matemáticas de los participantes. Había que estudiar la historia única y singular de cada paciente individual. Estas pueden ser malas noticias para los que buscan un único procedimiento que aplicar a los sujetos psicóticos, ya que presupone que cada caso es diferente, que cada solución es distinta, incluso, si los conceptos y las teorías pueden deducirse de los casos en cuestión. Como observa Jacques Hochmann en su historia de la psiquiatría, el campo de trabajo se ha desplazado de un modelo de atención al caso individual de larga duración a programas de rehabilitación social, basados en teorías cognitivas, que limitan sus objetivos a capacidades sociales. Así, las organizaciones de beneficencia cargan con el peso de los pacientes crónicos, muchos de ellos sin hogar.

Aparte de no tener en consideración las dimensiones sociales de la enfermedad y el crimen, estos nuevos discursos ignoran el valor formativo del lenguaje humano. Guando un proyecto de investigación en el Centro Anna Freud somete a dos niños de dos años a un escáner cerebral para predecir una futura desviación, uno se pregunta cómo se le explica eso a un niño. Se diga lo que se le diga, ¿cómo puede no tener impacto en el niño? ¿Acaso no tendrá, de hecho, un sutil efecto de sugestión que puede acarrear consecuencias posteriores en su vida? No necesariamente se convertirá en un criminal, sino, posiblemente, en lo contrario: generará sensaciones de culpa o vigilancia moral. La pregunta al progenitor, por supuesto, seria: «¿Por qué me has metido en esto?».

En la psicosis, las actitudes sociales y los tratamientos sufren de la misma ceguera. Nuevas e influyentes publicaciones aconsejan a los terapeutas no tomar como objetivo de su tratamiento el relato del paciente. El habla de un ser humano no es una fuente científicamente fidedigna y, por tanto, psicólogos como Peter Fonagy, para evaluar los resultados de la terapia, opinan que debe emplearse el escáner cerebral, con el objetivo de medir los cambios objetivos y validados exteriormente del cerebro. Esto, sostienen, debería dictar qué tratamientos se consideran efectivos. Las pruebas genéticas, asimismo, deberían determinar las listas de espera, ya que proporcionan indicaciones objetivas del riesgo que el paciente corre realmente.

Aquí se ha cruzado una línea decisiva. La ilusión de un objetivo y la medida externa de la vida interior han ocupado el lugar de la sensibilidad al discurso humano. Se trata de una inversión ética, ya que despoja a los seres humanos de lo que, quizá, es su única habilidad: la capacidad de crear significado. Una vez que vamos más allá del habla, el significado se vuelve contingente, una variable irritante e inservible que sólo puede ofuscar el juicio científico. La

presión que se ejerce sobre los trabajadores de salud mental hoy día, para que se limiten a monitorizar la medicación, agrava la situación. Asegurarse de que el paciente tome su medicación y estar pendiente de los efectos secundarios de los fármacos antipsicóticos puede convencer a los profesionales clínicos de que el tratamiento se está llevando a cabo y de que, por tanto, no se necesitan más horas de contacto con el paciente. El efecto secundario más grave de los fármacos es la tentación del médico de asumir que con los medicamentos basta.

Eso no implica que a veces la medicación no sea útil. Es bastante obvio que en algunos casos puede calmar la intensidad de los fenómenos psicóticos, pero también debería servir para establecer una plataforma para el diálogo. Cuanto más espacio se deje para la terapia regular, más se podrá reducir el uso de fármacos, y merece la pena pensar en recetar tranquilizantes menos fuertes, en lugar de recurrir inmediatamente a neurolépticos, como suele ser el caso al inicio de un tratamiento. Sin tener esto en cuenta, debido a los efectos penetrantes y paralizantes del consumo de fármacos durante un período de tiempo prolongado, la idea de la psicosis como una enfermedad mental crónica e irreversible se vuelve una profecía autocumplida.

En lugar de sucumbir a este ciclo desesperanzador, el trabajo minucioso y prolongado puede encender la llama de la esperanza cuando ya se había renunciado a ella. Reconocer la locura discreta, la locura cotidiana, puede enseñarnos los mecanismos que permiten que la psicosis se estabilice, y estos pueden a su vez influir en nuestro trabajo con aquéllos en quienes se ha desencadenado la psicosis. El terapeuta no debe encontrar obstáculos en las perspectivas convencionales sobre cómo debe tratar el médico al paciente. Debe abandonar cualquier punto de vista preestablecido de lo que puede significar «rehabilitación» o «reintegración» y, en su lugar, aprender de la persona con la que está trabajando. En lugar de ver al sujeto psicotico, en palabras de Alanen, «como un contenedor de mecanismos biológicos anormales», invertir en el diálogo y en la curiosidad sobre la lógica del mundo de esa persona puede abrir nuevas direcciones terapéuticas y ofrecer la posibilidad de un cambio. La terapia no puede hacer más que ayudar al sujeto psicotico a conseguir lo que lleva intentando toda su vida: crear un espacio seguro en el que vivir.

NOTAS

Introducción

p. i3 Sujeto u objeto, ver Patrick Coupechoux, *Un monde defous* (Paris: Seuil, *•2,006)* y Géorges Lantéri-Laura *G., Essais sur lesparadigmes de la psychiatrie moderne* (Paris: Éditions du Temps, 1998) [Edición en español: Lantéri-Laura, *G., Ensayo sobre los paradigmas de lapsiquiatría moderna,* (San Sebastián: Editorial Triacastela, 2000]. Marguerite Sechehaye, *A New Psycotherapy in Schizofrenia* (NewYork: Grune & Stratton, 1956), p. 38.

p. 14-15 Horton, ver Brian Koehler y Ann-Louise Silver, «Psychodinamic Treatment of Psicosis in the USA», en Yrjo Alanen et al. *(eis.), Psycho therapeutic Approaches to Schizophrenic Psychoses* (London: Routledge, 2009), pp. 217-37. [Edición en español: Alanen, Y., *Abordajes psicoterapéuticos de la psicosis esquizofrénica: historia, desarrollo y perspectivas,* Madrid: Fundación para la Investigación y el Tratamiento de la Esquizofrenia y Otras Psicosis, 3008]. Sobre Pinel, Tukey The Retreat de York, ver Gladis Swain, *Le Sujet de la folie* (Toulouse: Privat, 1977); Anne Digby, *Madness, Morality and Medicine* (Cambridge: Cambridge University Press, 1985); Andrew Scull, *The Most Solitary of Afflictions, Madness and Society in Britain,* 1700-1900 (New Haven: Yale University Press, 1993) y Louis Charland, «Benevolent theory: moral treatment at the York Retreat», *History of Psychiatry, 18* (2007), pp. 61-80. Colonizador, ver Kurt Eissler, «Remarks on the Psychoanalysis of Schizophrenia», en Eugene Brody y Frederick Redlich (eds.), *Psychotherapy with Schizophrenics* (New York: International University Press, 1952), pp. 130-67.

p. 16 Higiene mental, ver Luis Izcovich, «Santé mentale et désir du psychanalyste», *Mensuel, Ecole de Psychoanalyse des Forums du Champ Lacanien,* 73 (2006), pp. 7-11, y «L'Ethique du clinicien», en *Le Souci de l'étre* (Paris: Grapp, 1992), pp. 155-9-

Capítulo 1

p. 19 Imagen de los medios, ver Otto Wahl, *Media Madness: Public Images of Mental Illness* (New Jersey: Rutgers University Press, 1995); G. Ward, *Making Headlines: Mental Health and the National Press* (London: Health Education Authority, 1997); Sarah Clement y Nena Foster, «Newspaper reporting on schizophrenia: A content analysis of five national news- papers at two time points», Schizophrenia Research, 98 (2008), pp.178-83; y George Rosen, *Madness in Society* (London: Routledge, 1968). [Edición en español: Rosen, G., *Locura y*

sociedad. Sociología histórica de la enfermedad mental, Madrid: Alianza Editorial, 1974]-

p. 2i Libro de texto, Jacques Borel, *Précis du psychiatrie* (Paris: Delmas, 1939)» p* 15?- Eugene Bleuler, *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias* (1911) (New York: International University Press, 1950) [Edición en español: Bleuler, E., *Demencia precoz: el grupo de las esquizofrenias,* Buenos Aires: Editorial Horme-Paidós, 1993]. Rotura de equilibrio, Eugene Minkowski, «La genese de la notion de schizophrénie et ses caracteres essentials», *L'Évolution Psychiatrique, I* (1925), p. 228. Silvano Arieti, *Interpretation of Schizophrenia,* 2nd ed. (London: Crosby, 1974; 1º ed., 1955), pp. 4-5. [Edición en español: Arieti, S., *Interpretación de la esquizofrenia,* Barcelona: Editorial Labor, 1965]. Nótese que muchos de estos términos en la actualidad han adoptado un sentido específico en la teoría psicoanalítica, a menudo, bastante distinto de su significado original en psiquiatría,

p. 21-22 No visible, Bleuler, *Dementia Praecox,* op. cit., pp. i3, 239 y 336 [Edición en español: Bleuler, E., *Demencia precoz: el grupo de las esquizofrenias,* Buenos Aires: Editorial Horme-Paidos, 1993]. Ver también Gustav Bychowski, «The problem of latent psychosis», *Journal of the American Psychoanalytic Association, I* (1953), pp. 484-503; y «The psychology of latent schizophrenia», *American Journal of Psychotherapy, 6* (1952), pp. 42-62. Paul Sérieux y Joseph Capgras, *Les Folies raissonnantes* (Paris: Alean, 1909). Para estudios anteriores sobre la estabilización, ver Paule Petit, *Les Délires de persecution curables* (Paris: Thesis, 1937); Raoul Rosenfeld, *Les Compensations morbides* (Paris: Lipschutz, 1936); Adrien Borel y Gilbert Robin, *Les Reveurs éveillés* (Paris: Gallimard, 1926); Henri Claude y Marcel Montassut, «Compensation ideo-affective», *L'Encéphale,* 30 (1925), pjp. 557-69; Marcel Montassut, «Les compensations imaginatives», *L'Evolution Psychiatrique, 6* (1934), pp. 19-87; y J. Laboucarie y P. Barres, «Curabilité des psychoses délirantes systématisées», *L'Evolution Psychiatrique,* 22 (1957), PP- 317-55. Piera Auglanier, *The Violence of Interpretation* (1975) (London: Routledge, 2001), p. 156 [Edición en español: Auglanier, P., La *violencia de la interpretación: delpictograma al enunciado,* Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1988].

p. 25 Diplomacia, ver Manfred Bleuler, *The Schizophrenic Disorders* (New Haven: Yale University Press, 1978), p. 490. De Clérambault, ver «Sur un internement contesté» (1911), en *Oeuvres Psychiatriques* (Paris: Presses Universitaires de France, 1942), pp. 791-814. Doble contabilidad, ver Eugene Bleuler, *Dementia Praecox,* op. cit., pp. 56 y 147 [Edición en español: Bleuler, E., *Demencia precoz: el grupo de las esquizofrenias,* Buenos Aires, Editorial Horme-Paidós, 1993]. p. 25 Yaél Cohen, «La reticence», *L'Évolution Psychiatrique,* 59 (1994), pp. 285-303.

p. 26 T. M. Luhrmann, *Of Two Minds-. An Anthropologist Looks at American Psychiatry* (NewYork: Random House, 2000), p. 49.

p. 27 Muriel Gardiner, «The Wolf-Man in Later Life», en Muriel Gardiner (ed.), *The Wolf-Man and Sigmund Freud* (London: Hogarth, 1972), p. 358.

p. 27 Ver Emil Kraepelin, *Psychiatrie: Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte,* 8th ed, vol. 3 (Leipzig: Barth, 1913); E. Régis, *Précis de Psychiatrie,* 6th ed. (Paris, 1933); y Eric Engstrom, *Clinical Psychiatry in Imperial Germany* (Ithaca: Cornell University Press, 2oo3). Resultados favorables, ver Luc Ciompi et al., «Deep concern», *Schizophrenia Bulletin,* 36 (2010), pp. 437-9. Curación, ver Bleuler, *Dementia Praecox,* op. cit., pp. 6-7 [Edición en español; Bleuler, E., *Demencia precoz•. el grupo de las esquizofrenias,* Buenos Aires: Editorial Horme-Paidós, 1993]. p. 28 Chaslin, *Eléments de sémiologie et clinique mentales* (Paris: Asselin et Houzeau, 1912) [Edición en español: Chaslin, P., *Elementos de semiología y clínica mentales,* Buenos Aires: Editorial Polemos, 2011].

p. 29 *Schieber, Memoirs of My Nervous Illness (2003); New York Review of Books* (2000) [Edición en español: Schreber, D.P., *Memorias de un enfermo de nervios,* Madrid: Editorial Sexto Piso, 2008]; y Freud, *Psychoanalytic Notes on an Autobiographical Account of a Case of Paranoia (Dementia Paranoides) (it) 11), Standard Edition,* vol. 12, pp. 9-79 Jules Séglas, «La paranoia», *Archives de Neurologie* (1887), pp. 221-32- De Clérambault, ver las traducciones y comentario en Paul Hriso, *MentalAutomatisms* (Hermes Whispers Press, 2002).

p. 30 Casodoble, ver R. DupouyyMarcelMontassut, «Un cas de "syndrome des sosies" chez une délirante hallucinée par interprétation des troubles psychosensoriels», *Annales Médico-Psychologiques,* i32 (1924), pp. 341-5.

p. 31 Psicosis en la población, ver A. Y. Tien, «Distribution of hallucinations in the population», *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology,* 26 (1991), pp. 287-92; Maarten Baketal., «When does experience of psicosis result in a need for care? A prospective general population study», *Schizophrenia Bulletin,* 29 (2oo3), pp. 349-58; Louise JohnsyJimvan Os, «The continuity of psychotic experiences in the general population», *Clinical Psychology Review,* 21 (2001), pp. 1125-41; Iris Sommer et al., «Healthy individuals with auditory verbal hallucinations; who are they? Psychiatric assessments of a selected sample of io3 subjects», *Schizophrenia Bulletin,* 36 (2008), pp. 633-41; y Roberto Nuevo et al., «The continuum of psychotic symptoms in the general population: A cross-national study », *Schizophrenia Bulletin,* on line publication (2010).

p. 3i Torsión, ver «Über paranoide Erkrankungen», *Zeitschrift für die ges amte Neurologie und Psychiatrie,* 9 (1912), pp. 615-38. Sobre la

definición de paranoia de Kraepelin, ver Rogues de Fursac, *Manuel de psychiatrie,* 2°d ed. (Paris: Alean, 1903); y Kenneth Kendel, «Kraepelin and the diagnostic concept of paranoia», *Comprehensive Psychiatry,* 29 (1988), pp. 4-11. En ocasiones se sostiene que el reconocimiento por parte de Kraepelin de que la paranoia remitía con éxito fue lo que le condujo a desarrollar la categoría diagnóstica de parafrenia, aunque, posteriormente, tanto él como sus alumnos cuestionarían su legitimidad: ver Wilhelm Mayer, «Über paraphrene Psychosen», *Zeitschriftfür die gesamte Neurologie und Psychiatrie,* 71 (1921), pp. 187-206.

p. 3i Henri Claude, «Les psychoses paranoides», *L'Encéphale,* 20 (1925), pp. 136-49; Henri Claude y Marcel Montassut, «Délimitation de la paranoia légitime», *L'Encéphale,* 21 (1926), pp. 57-63; y Charles-Heniy Nodet, *he Groupe des psychoses hallucinatoires chroniques* (Paris: Doin, 1938).

p. 32 Wagner, ver Robert Gaupp, *Zur Psychologie des Massenmords: Haupt lehrer Wagner von Degerloch* (Berlin: Springer, 1914); «Der Fall Wagner», *Zeitschriftfür die gesamte Neurologie und Psychiatrie,* 60 (1920), pp. 3ss-27 [Edición en español: Gaupp, R., *El caso Wagner,* Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 1998]; y «Zur Lehre von der Paranoia», ibid., 174 (1942), pp. 762-810 [Edición en español: Gaupp, R., *Clásicos de la paranoia,* Madrid: Distribuciones Oficiales Reunidas, 1997]

p. 35 Ernst Kretschmer, «The Sensitive Delusion of Reference» (1918) [Edición en español: Kretschmer, E*., El delirio sensitivo de referencia: contribución al problema de la paranoia y a la teoría psiquiátrica del carácter,* San Sebastián: Editorial Triacastela, 2000]; Steven Hirsch y Michael Shepherd, *Themes and Variations in European Psychiatry* (Bristol: John Wright, 1974), pp. 153-95.

p. 35-40 Farmacología, ver David Healey, *The Creation of Psychopharmacology* (Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 2002). Efectos secundarios, ver Sheldon Gelman, *Medicating Schizophrenia: A History* (New Jersey: Rutgers University Press, 1999); Richard Bentall, *Doctoring the Mind* (London: Allen Lane, 2009) [Edición en español: Bentall, R., *Medicalizarla mente: ¿sirven de algo los tratamientos psiquiátricos?,* Barcelona.- Herder Editorial, 2001 y JoannaMoncrieff, *TheMythofthe ChemicalCure* (London: Macmillan, 2009). Embotamiento, ver Robert Whitaker, *Mad in America: Bad Science, Bad Medicine, and the Enduring Mistreatment of the Mentally III* (New York: Perseus, 2001), p. 100. Reloj suizo, ver Eugene Brody y Frederick Redlich (eds.), *Psychotherapy with Schizophrenics,* op. cit. p. 28. Castigo, ver J. Laboucarie y P. Barres, «Curabilité des psychoses délirantes systématisées», op. cit., p. 329. Gérard Pommier, «Du fantasme al'hallucination» (19 March 2011), Espace Analytique, Paris,

p. 38 Manfred Bleuler, «Research and changes in concepts in the study of schizophrenia», *Bulletin ofthe Isaac RayMedical Library,* 3 (1955), pp. 1 -132 •

p. 40 Hacerlo posible, ver Robert Whitaker, *Mad inAmerica,* op. cit., p. 156; y Gerald Grob, *The MadAmong Us: A History ofthe Care of Americas Mentally III* (Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1999)- Comparar con Edward Shorter, *A History of Psychiatry from the Era ofthe Asylum to the Age ofProzac* (New York: Wiley, 1997) [Edición en español: Shorter, E., *Historia de la psiquiatría: desde la época del manicomio a la era de la Fluoxetina,* Barcelona: J&C Ediciones Médicas, 1998]. Aumento de la psicosis, ver E. Jarvis, «On the supposed increase of insanity», *American Journal of Insanity,* 8 (1851-2), pp. 333-64; J. Hawkes, «On the increase of insanity», *Journal of Psychological Medicine and Mental Pathology,* 10 (1857), pp. 508-21; y Andrew Scull, *The Most Solitary of Afflictions,* op. cit., pp. 334-74.

p. 41 Andrew Lakoff, *Pharmaceutical Reason, Knowledge and Value in Global Psychiatry* (Cambridge: Cambridge University Press, 2005), p. 174; y Nikolas Rose, «Pharmaceuticals in Europe», en Martin Knapp et al. (eds.), *Mental Health Policy and Practice across Europe* (Maidenhead: Open University Press, 2007), pp. 146-87 [Edición en español: Knapp, M., *Salud mental en Europa: políticas y práctica,* Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Centro de Publicaciones, 2007]. J. A. Liberman et al., «Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia», *New England Journal of Medicine,* 353 (2005), pp. 1209-23.

p. 42 Algunos estudios, ver James Hegarty et al., «One hundred years of schizophrenia: a meta-analysis of the outcome literature», *American Journal ofPsychiatry,* 151 (1994), pp. 1409-14.

p. 43 Richard Bent all, *Doctoring the Mind,* op. cit., p. 84 [Edición en español: Bentall, R., *Medicalizar la mente: ¿sirven de algo los tratamientos psiquiátricos?,* Barcelona: Herder Editorial, 2011].

p. 44 D. L. Rosenhan, «On being sane in insane places», *Science,* 179 (1973), pp. 250-58. El experimento lo repitió Lauren Slater tres décadas más tarde, aunque existe controversia en lo referente a sus hallazgos-. *Opening Skinner's Box: Great Psychological Experiments ofthe Twentieth Century* (London: Bloomsbury, 2004) [Edición en español: Slater, L., *Cuerdos entre locos-, grandes experimentos psicológicos del siglo xx,* Barcelona: Alba Editorial, 2006]. Pierre Janet, *La force et lafaiblesse psychologiques* (Paris: Maloine, 1932) [Edición en español: Janet, *P., Debilidadyfuerzapsicológicas,* Jaén: Ediciones del Lunar, 2008].

p. 44 Secuencias fílmicas, ver J. E. Cooper et al., *Psychiatric Diagnosis in New York and London* (Oxford: Oxford University Press, 1972); Michael Shepherd et *al., An Experimental Approach to*

Psychiatric Diagnosis (Copenhagen: Munksgaard, 1968); Martin Katz et al., «Studies of the diagnostic process», *American Journal of Psychiatry,* 1215 (1969), pp. 937-47; y R. E. Kendell et al., «Diagnostic criteria of American and British psychiatrists», *Archivesof General Psychiatry,* 25 (1971), pp. 123-30. Ver también P. Pichot, «The diagnosis and classification of mental disorders in French-speaking countries: background, current views and comparison with other nomenclatures», ftjc/ioZogxcai *Medicine,* 12 (1982), pp. 475-92. p. 46 *DSU,* ver Stuart Kirky Herb Kutchins, *The Selling of DSM: The Rhetoric of Science in Psychiatry* (New York: De Gruyter, 1992); y *Making Us Crazy: DSM, the Psychiatric Bible and the Creation of Mental Disorders* (New York: Free Press, 1997)-

p. 47 Estudio reciente, ver Jim Geekie y John Read, *Making Sense of Madness: Contesting the Meaning of Schizophrenia* (London: Routledge, 2009), p. 25. [Edición en español: Geekie, J. y Read, J., *El sentido de la locura: la exploración del significado de la esquizofrenia,* Barcelona: Herder Editorial, 2012].

p. 48-49 Práctica diagnóstica, ver Wolfgang de Boor, *Psychiatrische Systematik, Ihre Entwicklung in Deutschland seit Kahlbaum* (Berlin: Springer, 1954); Jacques Roubinovitch, *Des variétés cliniques de la folie en France et enAllemagne* (Paris: Doin, 1896); Ernest Stengel, «A comparative study of psychiatric classification», *Proceedings of the Royal Society of Medicine,* 53 (1959), pp. 123-30; y Karl Menninger et al., «The unitary concept of mental illness», *Bulletin ofthe Menninger Clinic,* 22 (1958), pp. 4-12.

p. 49 Jean-Etienne Esquirol, «Hallucination», *Dictionnaire des sciences medicales* (Paris: Panckoucke, 1817), pp. 64-71; y *Des maladies mentales considérées sous les rapports medial, hygiénique et médico-légal,* 2 vols (Paris: Bailliere, 1938) [Edición en español: Esquirol, J. E., *Tratado completo délas enajenaciones mentales,* Valladolid: Editorial Maxtor Librería, 2011]. Una primera elaboración de esta perspectiva de que la clasificación psiquiátrica no debe comenzar con los «síntomas», sino con la relación de la persona con el síntoma puede encontrarse en Alfred Binet y Théodore Simon, «Définition des principaux états mentaux de l'aliénation», *L'Année Psychologique,* 16 (1910), pp. 61-6; y «Conclusion sur les états mentaux de l'aliénation», ibid., pp. 361-71.

CAPÍTULO 2

p. 51 Freud, *Project* (1895), *Standard Edition,* vol. 1 (London: Hogarth, 1966), pp. 353-6; y «The Neuropsychoses of Defence» (1894), *Standard Edition,* vol. 3, pp. 45-61 y 58.

p. 54 Ernst Kretschmer, «The Sensitive Delusion of Reference», op.

cit. [Edición en español: Kretschmer, E., *El delirio sensitivo de referencia: contribución al problema de la parandia y a la teoría psiquiátrica del carácter,* San Sebastián: Editorial Triacastela, 2000].

p. 56 Ego, ver Freud, «The Neuropsychoses of Defence», op. cit., p. 58. Sobre «Verwerfung», ver Lacan, *The Seminar ofJacques Lacan, Book 3: The Psychoses,* 955-6, ed. J. A. Miller (New York: Norton, 1993) [Edición en español: Lacan, J., *El seminario,* Barcelona: Editorial Paidós Ibérica, 1981]; y Jean-Claude Maleval, *La Forclusion du nom-du-pére* (Paris: Seuil, 2000).

p. 57 Mala mujer, ver Borrador H en Jeffrey Masson (ed.), *The Complete Letters ofSigmund Freud and Wilhelm Fliess* (Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1985), pp. 108-9 [Edición en español: Freud, S., *Cartas a Wilhelm Fliess 1887-1904),* Buenos Aires: Amorrortu Editores, 2008].

p. 57 Henri Flournoy, «Délire systématisé de persécution», *L'Évolution Psychiatrique,* 2 (1927), pp. 9-27-

p. 58 Charles Melman, *Les Paranoias* (1999-2001 Seminars) (Paris: Editions de l'Association Lacanienne Internationale, 2003), pp. 271-2.

p. 61 Renée, *Autobiography of a Schizophrenic Girl* (New York: Grane & Stratton, 1951), p. 55 [Edición en español: Sechehaye, M., *La realización simbólica y Diario de una esquizofrénica,* México D. F., Editorial Fondo de Cultura Económica, 1988].

p. 62 Parte de atrás del espejo, ver Harold Searles, *The Nonhuman Environment* (New York: International Universities Press, i960), p. 321- Ver también E. Menninger-Lerchenthal, *Der Eigene Doppelganger* (Bern: Huber, 1946); *Das Truggebilde der eigenein Gestalt Heautoskopie Doppelganger* (Berlin, 1935); Paul Sollier, *Les Phénoménes d'autoscopie* (Paris: Alean, 1903); y Gabriel Dromard, *La Mimique chez les aliénés* (Paris: Alean, 1909).

p. 63 Schreber, *Memoirs,* op. cit., p. 243 [Edición en español: Schreber, D. P., *Memorias de un enfermo de nervios,* Madrid, Editorial Sexto Piso, 2008].

p. 63-64 Lacan, «The Mirror Stage as Formative of the I Function» (1949), *en Écrits* (New York.- *Norton,* 2006), pp. 75-81. Henri Wallon, les *Origines du caractére chez l'enfant* (Paris, 1934); y James Baldwin, «Imitation: a chapter in the natural history of consciousness», *Mind* (January 1894), pp. 26-55. Ver Emile Jalley, *Freud, Wallon, Lacan-, L'Enfant au miroir* (Paris: Ecole Lacanienne de Psychanalyse, 1998).

p. 65 René Zazzo, *World Health Organisation Discussion on Child Development,* vol. 1 (NewYork: International Universities Press, 1953).
p. 68 Prohibición del incesto, ver Charles-Heniy Pradelles de Latour, «La Psychanalyse et l'anthropologie sociale au regard de la loi», en Marcel Drach y Bernard Toboul (eds.), *LAnthropologie de Lévi-Strauss et la psychanalyse* (Paris: La Découverte, 2008), pp. 45-55.

p. 70 Claude Lévi-Strauss, *The Savage Mind* (1962) (London: Weidenfeld, 1966) [Edición en español: Lévi-Strauss, C., *El pensamiento salvaje,* Madrid: Fondo de Cultura Económica de España, 2005].

p. 71 *Renée, Autobiography of a Schizophrenic Girl,* op. cit., p. i33 [Edición en español: echehaye, M., La *realización simbólica y Diario de una esquizofrénica,* México D. F.: Editorial Fondo de Cultura Económica, 1988].

p. 72 Paternidad, ver Edwin Hartland, *Primitive Paternity,* 2 vols (London: The Folk-Lore Society, 1909). Lacan sobre el pequeño Hans, *La Relation dobjet* (1956-7), ed. J. A. Miller (Paris: Seuil, 1994). Ver también Markos Zaftropoulos, *Lacan and Lévi-Strauss* (London: Karnac, 2010) [Edición en español: Zaftropoulos, M., *Lacan y Lévi-Strauss o el retorno a Freud* 1957), Buenos Aires: Ediciones Manantial, 2008].

p. 74 Marcel Pagnol, *La Gloire de mon pére* (Monte Carlo: Pastorelli, 1957) [Edición en español: Pagnol, *M., La gloria de mipadre,* Madrid: Ediciones Rialp, 2001].

p. 76 Bruno Bettelheim, *The EmptyFortress* (New York: Free Press, 1967), pp. 235-50 [Edición en español: Bettelheim, B., *La fortaleza vacía: autismo infantilyel nacimiento del yo,* Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, 2001].

p. 78 Lacan sobre Edipo, *La Relation d'objet,* op. cit.; y *Les Formations d'Inconscient* (1957-8), ed. J. A. Miller (Paris: Seuil, 1998).

p. 84 Perspectivas posteriores, ver Lacan, *Le Sinthome* (1975-6), ed. J. A. Miller (Paris: Seuil, 2005).

p. 85 Kurt Eissler, «Limitations to the psychotherapy of schizophrenia», *Psychiatry,* 6 (1943), pp. 381-91.

p. 87 Comunicación, ver Gregory Bateson et al., «Towards a theoiy of schizophrenia», *Behavioural Science,* 1 (1956), pp. 251-64; y «A note on the double bind — 1962», *Family Process,* 2 (1963), pp. 154-61 [Edición en español: Bateson, G., *Interacción familiar,* Barcelona: Ediciones Buenos Aires, 1982]. Como ejemplo de estos procesos, ver Schreber, *Memoirs,* op. cit., pp. 154 y 209 [Edición en español: Schreber, D. P., *Memorias de un enfermo de nervios,* Madrid: Editorial Sexto Piso, 2008].

CAPÍTULO 3

Para las perspectivas de Lacan sobre la psicosis, ver «Presentation on Psychic Causality» (1946), en *Écrits,* op. cit., pp. 123-58; *The Seminar of Jacques Lacan, Book 3: The Psychoses, 1955-6,* op. cit. [Edición en español: Lacan, J., *El seminario,* Barcelona: Editorial Paidós Ibérica, 1981]; «On a Question Prior to Any Possible Treatment of Psychosis» (1957-8), en *Écrits,* op. cit., pp. 445-88; y

Le Sinthome, op. cit. Para contexto y comentario, ver Lucien Bonnafé et al., *Le Probleme de lapsychogenese des névroses et despsychoses* (Paris: Desclée de Brouwer, 1950); Jean-Claude Maleval, *La Forclusion du nom-du-pere,* op. cit; Genevieve Morel, *Sexual Ambiguities* (London: Karnac, 2011) [Edición en español: Morel, *G., Ambigüedades sexuales: sexuación y psicosis,* Buenos Aires: Editorial Manantial, 2002]; y Corinne Fellahian, *La Psychose selon Lacan, évolution d'un concept* (Paris: L'Harmattan, 2005). Un estudio clásico del delirio como compensación es el de Maurice Mignard y Marcel Montassut, «Un délire de compensation», *L'Encéphale,* 12 (1924), pp. 628-34. Para perspectivas lacanianas, ver Jean-Claude Maleval, *Logique du délire* (Paris: Masson, 1996) [Edición en español: Maleval, J. C., *La lógica del delirio,* Barcelona: Ediciones del Serbal, 1998]; y Anne Lysy-Stevens y Alexandre Stevens, «La psychose infantile: déficit ou production?», *Quarto,* 46 (1991), pp. 46-50.

p. 89 Schreber, *Memoirs,* op. cit., pp. 46-7 y 248-9 [Edición en español: Schreber, D. *P., Memorias de un enfermo de nervios,* Madrid, Editorial Sexto Piso, 2008].

p. 92 Louis Wolfson, *Le Schizo et les langues* (Paris: Gallimard, 1970). Vertambién *Ma mere musicienne est morte...* (Paris: Navarin, 1984); la entrevista *en L'Áne,* 18 (September/October, 1984), pp. 1-4; Serge André, «La pulsion chez le schizophrene», *Ornicar?,* 36 (1986), pp. 103-10; Angel Enciso Bergé, «La langue maternelle dans la psychose», ibid., pp. 94-102; y Genevieve Morel, «Point final á une planete infernale», ibid., pp. 82-93.

p. 92 Sorprendente y llamativo, ver Freud, *Psychoanalytic Notes on an Autobiographical Account of a Case of Paranoia (Dementia Paranoides)* (1911), *Standard Edition,* vol. 12, pp. 9-82.

p. 93 Carta formal, André Ceillier, «Du role des hallucinations psychiques dans l'exploration de l'inconscient», *L'Évolution Psychiatrique,* 1 (1925), pp. 142-54.

p. 94 John Custance, *Wisdom, Madness and Folly* (New York: Pellegrini, **1952**, p. **45**-

p. 95 Palabra «padre», ver Paul Mattusek, «Studies in Delusional Perception» (1952), en John Cuttingy Michael Shepherd, *Clinical Boots of the Schizophrenia Concept* (Cambridge: Cambridge University Press, 1987), p. 100. p. 96 Brooks, citado en Bert Kaplan (ed.), *The Inner World of Mental Illness* (NewYork: Harperand Row, 1964), p. 84.

p. 96 Lewis Hill, *Psychotherapeutic Intervention in Schizophrenia* (Chicago: University of Chicago Press, 1955), p. 67.

p. 97 Ver Judith Allardyce et al., «Deconstructing psychosis conference 2006: the validity of schizophrenia and alternative approaches to classification», *Schizophrenia Bulletin,* 33 (2007), pp.

863-7; L. B. Janssony J. Parnas, «Competing definitions of schizophrenia: what can be learned from polydiagnostic studies?», ibid., pp. 1178-200; Manfred Bleuler, «Research and changes in concepts in the study of schizophrenia», op. cit., pp. i-i32; Eugene Minkowski, «La genese de la notion de schizophrénie et ses caracteres essentiels», op. cit.; y Henri Ey, «Classifications des maladies mentales et le probleme des psychoses aigues», *Études Psychiatriques,* 3 (1954), pp. 1-45.

p. 98 Karl Jaspers, *General Psychopathology* (1913) (Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1997), pp. 567-8 [Edición en español: Jaspers, K., *Psicopatologíageneral,* México D. F.: Fondo de Cultura Económica, 2006].

p. 98 De hecho, Paul Schilder demostró en los años veinte que los síntomas «psicóticos» de los pacientes que padecían infecciones cerebrales sifilíticas tenían su origen en la personalidad del paciente antes de sufrir la infección, refutando la idea de que el área del cerebro que había sido dañada determinaba la sintomatología de la persona. Ver Paul Schilder, *Studien und Symptomologie derprogressiven Paralyse* (Berlin: Karger, 1930).

p. 99 Red social, ver Arthur Burton et al. (eds.), *Schizophrenia as a Life Style* (New York: Springer, 1974).

p. 100 JayWatts, «The Group ofSchizophrenias» (2010), estudionopublicado.

p. 100-101 Paranoia y esquizofrenia, ver *Clinique différentielle des psychoses* (Paris: Navarin, 1988); Colette Soler, *L'Inconscient a ciel ouvert de la psychose* (Toulouse: Presses Universitaires du Mirail, 2002) [Edición en español: Soler, C., *El inconsciente (sic) a cielo abierto de la psicosis,* Buenos Aires: JVE Psique, 2004]; y Luis Izcovich, *Les Paranoiaques et la psychanalyse* (Paris: Éditions du Champ Lacanien, 2004). Sobre las distintas construcciones de delirios, ver H. Mueller-Suur, «Das Gewissheitsbe wusstein beim schizophrenen und beim paranoischen Wahnerleben», *Fortschrift Neurologie und Psychiatrie,* 18 (1950), pp. 44-51; Philippe Chaslin, *Éléments de sémiologie et de clinique mentales,* op. cit. [Edición en español: Chaslin, P., *Elementos de semiología y clínica mentales,* Buenos Aires: Editorial Polemos, 2011]; y Jean-Claude Maleval, *Logique du délire,* op. cit. [Edición en español: Maleval, J. C., *La lógica del delirio,* Barcelona: Ediciones del Serbal, 1998]. Comparación con la melancolía, ver George Dumas, *Les États intellectuals dans la mélancolie* (Paris: Alean, 1895); Jacques Adam et al., *Des mélancolies* (Paris: Editions du Champ Lacanien, 2001); y Darian Leader, *The New Black: Mourning, Melancholia and Depression* (London: Hamish Hamilton, 2008) [Edición en español: Leader, D., *La moda negra: duelo, melancolía y depression,* Madrid: Editorial Sexto Piso, 2011]. Uno de los primeros estudios de la relación de la

esquizofenia con la depresión maníaca, en Moritz Urstein, *Die Dementia praecox und ihre Stellung zun manisch-depressiven Irresein* (Berlin: Urban & Schwarzenberg, 1909).

p. 101 Henri Claude, ver «Les psychoses paranoides», op. cit., y Henri Claude y Marcel Montassut, «Délimitation de la paranoia légitime», op. cit.

p. 103 Melancolía, ver Jules Séglas, *Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses* (Paris: Asselin et Houzeau, 1895) [Edición en español: Séglas, *J., Alucinados y perseguidos: lecciones clínicas sobre las enfermedades menta les y nerviosas,* Madrid: Ergón Creación, 2011]. Piera Aulagnier, *The Violence of Interpretation,* op. cit., p. 199.

p. 107GregoiyBatesonetal., «Towards atheoiyof schizophrenia», op. cit.

p. 109 Pierre Bruno, «Schizophrénie et paranoia», *Préliminaire,* 5 (1993), pp. 67-83.

p. 111 Matthews, Telar Aéreo, ver John Haslam, *Mustrations of Madness* (1810), ed. Roy Porter (London: Routledge, 1988).

p. us Schreber, *Memoirs*, op. cit., p. 173 [Edición en español: Schreber, D. *P., Memorias de un enfermo de nervios,* Madrid, Editorial Sexto Piso, 2008].

p. 113 -n8 El cuerpo y la libido en la esquizofrenia, ver Paul Balvet, *Le Sentiment de dépersonnalisation dans les délires de structure paranoide* (Lyon: Riou, 1936); «De l'importance du sentiment de dépersonnalisation dans la pathogénie des délires», *L'Évolution Psychiatrique,* 4 (1936), pp. 3-26; y Paul Schilder, *Seele und Leben* (Berlin: Springer, 1923). Balvet dio con cuatro áreas clave: la pérdida del *élan vital,* la pérdida del sentido de unidad corporal, el no reconocimiento de uno mismo y la pérdida de la sensación de sustancia corporal (por ejemplo, variaciones de las dimensiones del cuerpo, disolución del cuerpo, pérdida de la materialidad del cuerpo). Partes que no pertenecen, ver H. Hécaeny J. de Ajuriaguerra *Méconnaissances et hallucinations corporelles* (Paris: Masson, 1952), p. 288; y sobre los cambios del cuerpo, ibid., pp. 257-370. Mi mano, ver Pierre Janet, «L'Hallucination dans le délire de persécution», *Revue Philosophique* (1932), pp. 61-98 y 279"33i; y el debate en Stéphane Thibierge, *Pathologies de l'image du corps* (Paris: Presses Universitaires de France, 1999) •

p. 118 Karl Abraham, «A Short Study of the Development of the Libido» (1924), en *Selected Papers on Psychoanaysis* (London: Maresfield Reprints, 1979), p. 455. Sobre Wagner, ver Anne-Marie Vindras, *Louis 11 de Baviére Selon Ernst Wagner, paranoiaque dramaturge* (Paris: EPEL, 1993), pp. 153y i38.

p. 118 Bleuler, *Dementia Praecox,* op. cit., pp. 129 y 23i [Edición en español: Bleuler, E., *Demencia precoz: el grupo de las esquizofrenias,*

Buenos Aires: Editorial Horme-Paidós, 1993].

p. 119 Existencial, ver Arthur Burton, «The Alchemy of Schizophrenia», en *Schizophrenia as a Life Style,* op. cit., p. 87.

p. 119 Schreber, *Memoirs,* op. cit., p. 233 [Edición en español: Schreber, D. *P., Memorias de un enfermo de nervios,* Madrid: Editorial Sexto Piso, 2008]. Racionalizaciones, ver Bleuler, *Dementia Praecox,* op. cit., p. 131 [Edición en español: Bleuler, E., *Demencia precoz: el grupo de las esquizofrenias,* Buenos Aires: Editorial Horme-Paidós, 1993].

p. 119-121 Grandeza y manía, ver Edith Jacobson, «Psychotic Identifications» (1954), en *Depression* (New York: International Universities Press, 1971), pp. 242-63.

Capítulo 4

p. 123 Victor Tausk, «On the origin of the "influencing machine" in schizophrenia» (1919), *Psychoanalytic Quarterly,* 2 (1933), pp. 519-56.

p. 124 Padre que roba pensamientos, ver Kurt Schneider, *Clinical Psychopathology* (New York: Grane & Stratton, 1959), p. 101 [Edición en español: Schneider, K., *Psicopatología clínica,* San Sebastián: Editorial Triacastela, 1997].

p. 124 Jean Piaget, *The Language and Thought of the Child* (New York: Harcourt Brace, 1926) [Edición en español: Piaget, J., *El lenguaje y el pensamiento del niño pequeño,* Barcelona, Ediciones Altaya, 1999].

p. 125 Luz roja, ver Silvano Arieti, *Interpretation of Schizophrenia,* op. cit., p. 3i8 [Edición en español: Arieti, S., *Interpretación de la esquizofrenia,* Barcelona: Ediciones Labor, 1965].

p. 125 Serge Leclaire, «Ala recherche des principes d'une psychothérapie des psychoses», *L'Évolution Psychiatrique,* 23 (1958), pp. 377-419.

p. 126 Warhol, ver Brian Dillon, *Tormented Hope, Nine Hypochondriac Lives* (London: Penguin, 2009), p. 242-

p. 126 *Folie a deux,* ver C. Laseguey J. Falret, «La folie á deux ou folie communiquée», *Annales Médico-Psychologiques,* 18 (1877), pp. 821-55; y Helene Deutsch, «Folie á deux», *Psychoanalytic Quarterly,* 7 (1938), pp. 307-18.

p. 126 Anna Freud, «The role of bodily illness in the mental life of children», *Psychoanalytic Study ofthe Child,* 7 (1952), pp. 69-81.

p. 127 Mis brazos, ver Werner Mendel, «A Phenomenological Theoiy of Schizophrenia», en Arthur Burton et al. (eds.), *Schizophrenia as a Life Style,* op. cit., p. 111. p. 127 Pankow, ver Jean-Max Gaudilliere y Françoise Davoine, «The Contribution of Some French

Psychoanalysts to the Clinical and Theoretical Approaches to Transference in the Psychodynamic Treatment of Psychosis», en Yrjo Alanen et al. (eds.), *Psychotherapeutic Approaches to Schizophrenic Psychoses,* op. cit., p. 141 [Edición en español: Alanen, Y., *Abordajes psicoterapéuticos de la psicosis esquizofrénica: historia, desarrollo y perspectivas,* Madrid: Fundación para la Investigación y el Tratamiento de la Esquizofrenia y Otras Psicosis, 2008].

p. 127 Jeanine, ver Piera Aulagnier, *L'Apprenti-historien et le maitre-sorcier* (Paris: Presses Universitaires de France, 1984), pp. 263-68 [Edición en español: Auglanier, P., *El aprendiz de historiador y el maestro-brujo. Del discurso identificante al discurso delirante,* Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1992] •

p. 130 Linneo, ver Silvano Arieti, *Interpretation of Schizophrenia,* op. cit., p. 380 [Edición en español: Arieti, S., *Interpretación de la esquizofrenia,* Barcelona: Editorial Labor, 1965].

p. 130 Gregory Bateson et al., «Towards a theory of schizophrenia», op. cit.

p. 131 Louis Sass, *Madness and Modernism* (Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1998), p. 179. Ver también Louis Sass y Josef Parnas, «Schizophrenia, consciousness and the self», *Schizophrenia Bulletin,* 29 (2003), pp. 427-44. p. i32 Lacan sobre el habla en la psicosis, ver *The Seminar of Jacques Lacan, Book 3: The Psychoses,* 1955-6, op. cit. [Edición en español: Lacan, J., *El seminario,* Barcelona: Editorial Paidós Ibérica, 1981 «On a Question», op. cit.

p. 133-134 Ojos, ver Freud, «The Unconscious» (1915), *Standard Edition,* vol. 14, pp. 197-8; y Bleuler, *Dementia Praecox,* op. cit., p. 76 [Edición en español: Bleuler, E., *Demencia precoz: el grupo de las esquizofrenias,* Buenos Aires: Editorial Horme-Paidós, 1993]. Gusanos, ver B. P. Karony G. R. VandenBos, *Psychotherapy of Schizophrenia* (New York: Jason Aronson, 1981), pp. 159-61.

p. 134 Paul Sérieux y Joseph Capgras, *Les Folies raisonnantes,* op. cit. p. 21. Ver también Paul Guiraud, «Les formes verbales de l'interprétation délirante», *Annales Médico-Psychologiques,* 129 (1921), pp. 395-412-

p. 134 Veneno, ver Silvano Arieti, *Interpretation of Schizophrenia,* op. cit., p. 768 [Edición en español: Arieti, *S., Interpretación de la esquizofrenia,* Barcelona, Editorial Labor, 1965].

p. 135 Crítica de concreto/abstracto, ver Maria Lorenz, «Problems posed by schizophrenic language», *Archives of General Psychiatry,* 4 (1961), pp. 95-102; y «Expressive behavior and language patterns», *Psychiatry,* 18 (1955)-PP- 353-66.

p. 135 Bruno Bettelheim, *The EmptyFortress,* op. cit, p. 241 [Edición en español: Bettelheim, B., *La fortaleza vacía: autismo infantil y el nacimiento del yo,* Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, 2001].

p. 136 Jules Séglas, *Des troubles du langage chez les aliénés* (Paris: Rueff, 1892).

p. i36 E. Tanzi, «I neologismi degli alienti in rapporto col delirio cronico», parte 1, *Rivista Sperimentale di Freniatria e di Medicina Legale della AlenazioneMentali,* 15 (1899), pp. 352"93; y parte 2, ibid., 16 (1900), pp. 1-35.

p. 137 Yrjo Alanen, *Schizophrenia, Its Origins and Need-Adapted Treatment* (London: Karnac, 1997), pp. 10-11 [Edición en español: Alanen, Y., *La esquizofrenia. Sus orígenes y su tratamiento adaptado a las necesidades del paciente,* Madrid: Fundación para la Investigacióny Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis, 2003].

p. 137 Carl Jung, *The Psychology of Dementia Praecox* (1907), en *Collected Works,* vol. 3 (New Jersey: Princeton University Press, 1972) [Edición en español: Jung, C.G., *Psicología de la demencia precoz: psicogénesis de las enfermedades mentales, 1,* Barcelona: Editorial Paidós Ibérica, 1987]; y ver *Studies in Word Association* (1906) (London: Heinemann, 1918).

p. 137 Karl Kleist, «Aphasie und Geisteskrankheit», *Munchener Medizinische Wochenschrift, 61* (1914), pp. 8-12.

p. i38 «Esunomsado» ("Eseamarrider"), ver F. J. Fish, *Schizophrenia* (Bristol: John Wright, 1962), p. 50.

p. 138-139 Ludwig Staudenmaier, *Die Magie als experimentelle Naturwissenschaft* (Leipzig, 1912); y Leonard Zusne, «Altered States of Consciousness, Magical Thinking and Psychopathology: The Case of Ludwig Staudenmaier», en Colleen Ward (ed.), *Altered States of Consciousness and Mental Health* (London: Sage, 1989), pp. 233-250. Denotar, ver L. Vigotsky, «Thought in schizophrenia», *Archives of Neurology and Psychiatry,* 3i (1934), pp. 1063-77; Harold Vetter, «New-word coinage in the psychopathological context», *Psychiatric Quarterly,* 42 (1968), pp. 298-312. Las palabras de los pacientes, ver Harry Stack Sullivan, «Peculiarity of thought in schizophrenia», *American Journal of Psychiatry,* 5 (1925), pp. 21-80; y David Forrest, «Poesis and the language of schizophrenia», *Psychiatry,* 28 (1965), pp. 1-18.

p. 140 Sobre la distinción de Saussure, ver Claude Lévi-Strauss, *The Savage Mind,* op. cit., p. 156 [Edición en español: Lévi-Strauss, C., *El pensamiento salvaje,* Madrid: Fondo de Cultura Económica de España, 2005].

p. 140 Serge Leclaire, «A la recherche des principes d'une psychothérapie des psychoses», op. cit., pp. 392-3 [Edición en español: Leclaire, S., *Principios de una psicoterapia de la psicosis,* Madrid: Editorial Síntesis, 2001].

p. 141 E. von Domains, «The Specific Laws of Logic in Schizophrenia», en J. S. Kasanin (ed.), *Language and Thought* in

Schizophrenia (Berkeley: University of California Press, 1944), pp. 104-14.

p. 142 Angel, ver Silvano Arieti, *Interpretation of Schizophrenia,* op. cit., p. 289 [Edición en español: Arieti, S., *Interpretación de la esquizofrenia,* Barcelona: Editorial Labor, 1965].

p. 142 Adolphe, ver George Dumas, *Le Surnaturel et les dieux d'aprés les maladies mentales* (Paris: Presses Universitaires de France, 1946), p. 245.

p. 143 Paul Courbony Gabriel Fail, «Syndrome d'illusion de Frégoli et schizophrénie», *Bulletin de la Société Clinique de Medicine Mentale* (1927), pp. 121-5. Sobre las confusiones, ver W. Scheid, «Über Personenverkennung», *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie,* 157 (1936), pp. 1-16; M. D. Enoch et al., *Some Uncommon Psychiatric Syndromes* (Bristol: John Wright, 1967); Stéphane Thibierge, *Pathologies de l'image du corps,* op. cit.; y Ramin Mojtabai, «Misidentification phenomena in German psychiatry: a historical review and comparison with the French/ English approach», *History of Psychiatry,* 7 (1996), pp. 137-58. También se ha observado que los fenómenos de confundir a una persona con otra se dan con más frecuencia en las mujeres que en los hombres: para una magnífica explicación de este hecho, ver Stanley Coleman, «Misidentification and non-recognition», *Journal of Mental Science,* 79 (1933), pp. 42-51.

p. 143 Harry Stack Sullivan, «Affective experience in early schizophrenia», *American Journal of Psychiatry,* 6 (1927), pp. 467-83.

p. 144 Metro, ver M. L. Hayward y J. E. Taylor, «A schizophrenic patient describes the action of intensive psychotherapy», *Psychiatric Quarterly,* 3o (1956X.PP. 2n-248 y 236.

p. 144 Kurt Eissler, «Notes upon the emotionality of a schizophrenic patient and its relation to problems of technique», *The Psychoanalytic Study of the Child,* 8 (1953), p. 214.

p. 144 Zombi, ver Werner Mendel, «A Phenomenological Theory of Schizophrenia», op. cit., p. 106; Karl Jaspers, *General Psychopathology,* op. cit., pp. 67 y 122 [Edición en español: Jaspers, K., *Psicopatología general,* México D. F.: Fondo de Cultura Económica, 2006].

CAPÍTULO 5

p. 150 Bismarck, ver *George* Dumas, *Le Surnaturel et les dieux d'aprés les maladies mentales,* op. cit., p. 196.

p. 152 20000 francos, ver Bleuler, *Dementia Praecox,* op. cit., p. 137 [Edición en español: Bleuler, *E., Demencia precoz.- el grupo de las esquizofrenias,* Buenos Aires: Editorial Horme-Paidós, 1993].

p. 154-155 Karl Jaspers, *General Psychopathology,* op. cit., pp. 103-6 [Edición en español: Jaspers, K., *Psicopatología general,* México D. F.:

Fondo de Cultura Económica, 2006]. Sobre la experiencia del significado, ver René Targowla y Jean Dublineau, *L'Intuition délirante* (Paris: Maloine, 1931).

p. 155 Secretos del universo, Bert Kaplan (éd.), *The Inner World of Mental Illness,* op. cit., p. 94. John Custance, *Wisdom, Madness and Folly,* op. cit., P-53-

p. 155 Lacan, «On a Question», op. cit., pp. 450-51; y Eugene Minkowski, *Traité de psychopathologie* (Paris: Presses Universitaires de France, 1966).

p. 156 Joseph Gapgras, «Le délire d'interprétation hyposthénique: délire de supposition», *Annales Médico-Psychologiques,* 88 (1980), pp. 272-99.

p. 158 Genevieve Morel, *SexualAmbiguities,* op. cit., pp. 188-201 [Edición en español: Morel, *G., Ambigüedades sexuales: sexuación y psicosis,* Buenos Aires: Editorial Manantial, 2002] •

p. 159 Obispo, ver Paul Sérieux y Joseph Capgras, *Les Folies raisonnantes,* op. cit., p. 156.

p. 160 Ejemplos, ver H. Hécaen y J. de Ajuriaguerra, *Méconnaissances et hallucinations corporelles,* op. cit., pp. 283-6.

p. 160 Carnegie, ver Richard Hofstadter, *Social Darwinism and American Thought* (NewYork: Braziller, 1959), pp. 44-7.

p. 160 Kurt Schneider, *Clinical Psychopathology,* op. cit., p. 105 [Edición en español: Schneider, K., *Psicopatología clínica,* San Sebastián: Editorial Triacastela, 1997].

p. 161 Ver todo, Karl Jaspers, *General Psychopathology,* op. cit., pp. 115-16 [Edición en español: Jaspers, *K., Psicopatologíageneral,* México D. F.: Fondo de Cultura Económica, 2006]. Recuerdos, ver Emil Kraepelin, «Über Erinnerun gsfalsch ungen», *Archiv fur Psychiatrie und Nervenkrankheiten,* 18 (1887), pp. 199-239.

p. 161 Trincheras, ver Maurice Mignard y Marcel Montassut, «Un délire de compensation», op. cit., pp. 628-34.

p. 161 Operaciones, ver Harold Searles, *TheNonhuman Environment,* op. cit., pp. 192-3.

p. 163 Paula Elkisch, «On infantile precursors of the "influencing machine" (Tausk)», *Psychoanalytic Study of the Child,* 14 (1959), pp. 219-35. p.

164 Genevieve Morel, *Sexual Ambiguities,* op. cit., pp. 45-48 [Edición en español: Morel, G., *Ambigüedades sexuales: sexuación y psicosis,* Buenos Aires: Editorial Manantial, 2002] •

p. 164-165 Schreber, *Memoirs,* op. cit., p. 19 [Edición en español: Schreber, D. P., *Memorias de un enfermo de nervios,* Madrid: Editorial Sexto Piso, 2008]. Influencia externa, ver André Ceillier, «Les influencés», *L'Encéphale* (1924), pp. 152-62, 225-34, 294-301 y 370-81. Pensar a alguien, ver Harold Searles, *The Nonhuman*

Environment, op. cit., p. 209. Henri Claude, «Mécanisme des hallucinations: syndrome d'action extérieure», *L'Encéphale,* 25 (1930), pp. 345-59.

p. 166 Charles-Heniy Nodet, *Le Groupe des psychoses hallucinatoires chroniques,* op. cit., p. 97.

P 166 George Dumas, *Le Surnaturel et les dieux d'aprés les maladies mentales,* op. cit., pp. 27-57.

p. 167 Ironía del psicótico, ver Louis Sass, *Madness and Modernism,* op. cit., pp. 111-15.

p. 169 Burro, ver Bleuler, *Dementia Praecox,* op. cit., p. 99 [Edición en español: Bleuler, E., *Demencia precoz-, el grupo de las esquizofrenias,* Buenos Aires: Editorial Horme-Paidós, 1993].

p. 171 Binario, ver Genevieve Morel, «L'insuffisance des identifications á établir la sexuation d'un sujet», *Carnets de Lille,* 2 (1997), pp. 36-40.

p. 173 Edith Jacobson, «On Depressive States: Nosological and Theoretical Problems», *en Depression,* op. cit., pp. 167-84. A. Bottéro, «Une histoire de la dissociation schizophrénique», *L'Évolution Psychiatrique,* 66 (2001), pp. 43-60.

p. 174 Oswald Bumke, *Lehrbuch der Geisteskrankheiten* (Munich: Bergmann, 1929).

Capítulo 6

p. 177 Sobre la cuestión de la causalidad psíquica y biológica, ver Don Jackson, *Myths of Madness: New Facts for Old Fallacies* (New York: Macmillan, 1964); Don Jackson (ed.), *The Etiology of Schizophrenia* (New York: Basic Books, 1960); y Alphonse De Waehlens y Wilfried Ver Eecke, *Phenomenology and Lacan on Schizophrenia, after the Decade of the Brain* (Leuven: Leuven University Press, 2001). M. K. Horwitt, «Fact and artifact in the biology of schizophrenia», *Science,* 124 (1956), pp. 429-80. Sobre las causas y las condiciones, ver Poul Faergeman, *Psychogenic Psychoses* (London: Butterworth, 1963). p.

178 Física y química, Don Jackson, «The transactional viewpoint», *International Journal of Psychiatry,* 4 (1967), pp. 543-44.

p. 178-179 Gen, ver Evelyn Fox Keller, *The Century ofthe Gene* (Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 2000) [Edición en español; Keller, E. F., *El siglo deigen: cien años de pensamiento genético,* Barcelona: Ediciones Península, 2002]; y Catherine Waldby, «Code unknown: histories of the gene», *Social Studies of Science, 31* (2001), pp. 779-91.

p. 180 Lacan, «On a Question', op. cit. Alfredo Zenoni, «Le nom-du-pere et sa forclusion», *Préliminaire,* 5 (1993), pp. 85-92.

p. 184 Sophie de Mijolla-Mellor, *Penser la psychose* (Paris: Dunod, 1998).

p. 186 Schreber y su padre, ver Zvi Lothane, *In Defense ofSchreber* (London: The Analytic Press, 1992); Luiz Eduardo Prado de Oliveira, *Le Cas Schreber* (Paris: Presses Universitaires de France, 1979); y *Schreber et la paranoia* (Paris: L'Harmattan, 1996).

p. 191-194 Gisela Pankow, «Dynamic Structurization in Schizophrenia», en Arthur Burton (ed.), *Psychotherapy of the Psychoses* (New York: Basic Books, 1961), pp. 152-71. El nacimiento divino de la madre, ver Piera Aulagnier, «Remarques sur la structure psychotique» (1964), en *Un interprete en quéte du sens* (Paris: Payot, 2006), pp. 361-86. Madres, ver Piera Aulagnier, ibid.; y Suzanne Reichard y Carl Tillman, «Patterns of parent-child relationship in schizophrenia», *Psychiatry, 13* (1950), pp. 247-57; Trude Tietze, «A study of mothers of schizophrenic patients', *Psychiatry,* 12 (1949), pp. 55-65; y Sophie de Mijolla-Mellor, *La Paranoia* (Paris: Presses Universitaires de France, 2007). Nunca supe, ver Bruno Bettelheim, *The Empty Fortress,* op. cit., pp. 5(38-39 [Edición en español: Bettelheim, B., *La fortaleza vacía: autismo infantil y el nacimiento del yo,* Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, 2001]. Padres, ver W. R. y T. Lidz, «The family environment of schizophrenic patients», *American Journal of Psychiatry,* 106 (1949), pp. 332-45.

p. 197 Puedo mirar, ver John Custance, *Wisdom, Madness and Folly,* op. cit., p. 36.

p. 199-300 Primeros estudios occidentales, ver Colwyn Trevarthen, «Conversations with a two-month-old», *New Scientist,* 62 (1974), pp. 230-33. Orientales, ver A. N. Sokolov, *Inner Speech and Thought* (New York: Plenum, 1972); Blyuma Zeigarnik, *The Pathology of Thinking* (New York: Consultants Bureau, 1965)-, y Michael Cole y Irving Maltzman, *A Handbook of Contemporary Soviet Psychology* (New York: Basic Books, 1969). Colwyn Trevarthen, «Descriptive Analyses of Infant Communicative Behaviour», en H. R. Schaffer (ed.), *Studies in Mother-Infant Interaction* (London: Academic Press, 1977); e Irene Deliegey John Sloboda, *Musical Beginnings* (Oxford: Oxford University Press, 1996).

p. 200-201 Ruth "Weir, *Language in the Crib* (The Hague: Mouton, 1962). Paul Guillaume, «Les débuts de la phrase dans le langage de l'enfant», *Journal de Psychologie,* 24 (1927), pp. 1-25.

p. 201-202 Hallazgos similares, ver S. Pickert, «Imaginative dialogues in children's early speech», *First Language,* 2 (1981), pp. 5-20. Alison Elliot, *Child Language* (Cambridge: Cambridge University Press, 1981). Imitación, ver Stan Kuczaj, *Crib Speech and Language Play* (New York: Springer Verlag, 1982)- Hablantes nativos, ver Alison Elliot, *Child Language,* op cit.

p. 202 Los textos de Kraepelin han sido compilados y traducidos en Frank Heynick, *Language and Its Disturbances in Dreams* (New York: John Wiley, 1993).

p. 204 La mirada, ver Darian Leader, *Stealing the Mona Lisa: WhatArt Stops Usfrom Seeing* (London: Faber & Faber, 2002)-

p. 205-206 Louis Wolfson, *Le Schizo et les langues,* op. cit., pp. 46-52. Es pejo, ver Paula Elkisch, «The psychological significance of the mirror», *Journal of the American Psychoanalytic Association,* 5 (1957), pp- 235-44.

p. 206 Juegos infantiles, ver lona y Peter Opie, *The Lore and Language of Schoolchildren* (Oxford: Oxford University Press, 1959).

p. 207 Otto Isakower, «On the exceptional position of the auditory sphere», *International Journal of Psychoanalysis,* 20 (1939), pp. 340-48.

p. 208 Las hermanas Papin, ver Francis Dupré, *La 'Solution' du passage a l'acte: le double crime des soeurs Papin* (Toulouse: Eres, 1984).

p. 209 Golpe, ver Schreber, *Memoirs,* op. cit., p. 89 [Edición en español: Schreber, D.P., *Memorias de un enfermo de nervios,* Madrid: Editorial Sexto Piso, 2008].

p. 210 Lacan sobre la alucinación verbal, ver François Sauvagnat, «La "Desensorialisation" des hallucinations acoustico-verbales: quelques résultats actuels d'un débate centenaire», en *Polyphonie pour Ivan Fonagy* (Paris: L'Harmattan, 1997), pp. 391-404. Ver también André Ceillier, «Du role des hallucinations psychiques dans l'exploration de l'inconscient», op. cit., pp. 142-54; y «Étude sur les variétés du langage automatique», *Annales Médico-Psychologiques,* 12 (1924), pp. 161-74 y 25-6; Bleuler, *Dementia Praecox,* op. cit., pp. 110-11 [Edición en español: Bleuler, E., *Demencia precoz: el grupo de las esquizofrenias,* Buenos Aires: Editorial Horme-Paidós, 1993]; Henri Grivois, «Les hallucinations verbales psychomotrices», *L'Evolution Psychiatrique,* 51 (1986), pp. 609-28; los artículos compilados en *Quarto-, Les Psychoses,* 28-9 (1987); y Georges Lantéri-Laura, «Histoire de la clinique des hallucinations», en *Hallucinations, regards croisés* (Paris: Masson, 2002), pp. 15-20.

p. 212 Campo de la percepción, Lacan, *Le Seminaire Livre* 5. *Les Formations de l'inconscient* (1957-58), ed. J. A. Miller (Paris: Seuil, 1998), p. 480 [Edición en español: Lacan, J., *El seminario,* Barcelona: Editorial Paidós Ibérica, 1981]. Esto sugeriría que el famoso comentario de Lacan en su seminario del 8 de abril de 1975 de que, en la paranoia, «la voz pone sonido a la mirada» es justo al contrario. Contra esta inversión uno podría evocar el argumento de que la paranoia raramente se da en los invidentes, pero no es poco común en los sordos. Como ejemplo contrapuesto es demasiado literal, puesto que un invidente ciertamente puede tener la sensación de que alguien lo mira, al igual que un sordo puede sentir que la voz de una persona

lo señala.

p. 212 Vaso de leche, Bleuler, *Dementia Praecox,* op. cit., p. 100 [Edición en español: Bleuler, *E., Demenciaprecoz: el grupo de las esquizofrenias,* Buenos Aires: Editorial Horme-Paidós, 1993].

p. 213-214 Karl Kleist «Cycloid, Paranoid and Epileptoid Psychoses and the Problem of Degenerative Psychoses» (1928), en Steven Hirsch y Michael Shepherd, 77iem.es *and Variations,* op. cit., pp. 297-331 Dioses, ver Schreber, *Memoirs,* op. cit., p. 168 [Edición en español: Schreber, D. *P., Memorias de un enfermo de nervios,* Madrid: Editorial Sexto Piso, 2008]. Para ejemplos de autismo, ver Leo Kanner, «Autistic disturbances of affective contact», *Nervous Child,* 2 (1942), pp. 217-50.

Capítulo 7

p. 217 Paracaidas, Marcel Czermak, *Passions de l'objet* (Paris: Editions de l'Association Freudienne Internationale, 2001), p. 87. Crítica de Bleuler del curso de la psicosis, *Dementia Praecox,* op. cit., nota p. 245 [Edición en español: Bleuler, E., *Demenciaprecoz: el grupo de las esquizofrenias,* Buenos Aires: Editorial Horme-Paidós, 1993]. Para los relatos lacanianos del desencadenamiento, ver Christian Hoffman, «Quelques réflexions á propos du déclenchement de la psychose et de ses suppléances dans le monde contemporain», *Figures de la Psychanalyse,* 9 (2004), pp. 4961; François Leguil, «Le déclenchement d'une psychose», *Ornicar?,* 41 (1987), pp. 71-5; Pierre Naveau, «Sur le déclenchement de la psychose», *Ornicar?,* 44 (1988), pp. 77-87; yAlexandre Stevens, «Déclenchement de la psychose», *Travaux,* 3 (1988), pp. 21-40. Sobre la perplejidad, ver Gustav Storring, *Wesen und Bedeutung des Symptoms der Ratlosigkeit bei psychischen Erkrankungen* (Leipzig: Thieme, 1939); los artículos en «L'énigme et la psychose», *La Cause Freudienne,* 23 (1993); y F. Fuentenebro y G. E. Berrios, «The predelusional state: a conceptual history», *Comprehensive Psychiatry,* 36 (1995), pp. 251-59. Significación personal, ver C. Neisser, «Erorterungen über die Paranoia vom klinischen Standpunkte», *Centraiblattfür Nervenheilkunde und Psychiatrie,* 60 (1892), pp. 1-20.

p. 218-219 Sobre el sentido, ver Karl Jaspers, *General Psychopathology,* op. Cit [Edición en español: Jaspers, K., *Psicopatologíageneral,* México D. F.: Fondo de Cultura Económica, 2006]. Ropa de cama, ibid., p. 601. MacDonald, ver Bert Kaplan (ed.), *The Inner World ofMental Illness,* op. cit., p. 175. Almohada, ver John Custance, *Wisdom, Madness and Folly,* op. cit., p. 72-

p. 220 *Renée, Autobiography of a Schizophrenic Girl,* op. cit., p. 29

[Edición en español: Sechehaye, M., *La realización simbólica y Diario de una esquizofrénica,* México D. F.: Editorial Fondo de Cultura Económica, 1988].

p. 221 Lacan, *De la psychose paranoiaque dans ses rapports avec la personnalité* (1932) (Paris: Seuil, 1975), pp. 270-71 [Edición en español: Lacan, J., *De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad,* México D. F.: Siglo xxi Editores, 2005].

p. 222 Agujero, ver Lacan, *The Seminar ofJacques Lacan, Book* 3, op. cit. [Edición en español: Lacan, J., *El seminario,* Barcelona: Editorial Paidós Ibérica, 1981]. Gregory Zilboorg, «The dynamics of schizophrenic reactions related to pregnancy and childbirth», *American Journal of Psychiatry,* 85 (1929), pp. 733-67.

p. 224 Lenguaje de signos, ver E. Stanley Abbot, «What is paranoia? »*American Journal of Insanity,* 71 (1914), pp. 29-40.

p. 226 Caso de Hélene, ver Genevieve Morel, *Sexual Ambiguities,* op. cit., p. 263 [Edición *en* español.- Morel, G., *Ambigüedades sexuales.- sexuación y psicosis,* Buenos Aires: Editorial Manantial, 2002 •

p. 229 Freud, *Introductory Lectures on Psychoanalysis* (1916-17), *Standard Edition,* vol. 16, p. 425. Gregory Bateson, «A theory of play and phantasy», *Psychiatric Research Reports,* 2 (1955), PP- 89-51.

p. 230 Tubos de ensayo de vidrio, ver Paula Elkisch, «On infantile precursors of the "influencing machine" (Tausk)», op. cit., pp. 219-35. Marguerite Valentine, «The last resort: some notes on the suicide of a patient», *British Journal of Psychotherapy,* 20 (2004), pp. 295"306.

p. 235 Marcel Czermak, *Passions de lobjet,* op. cit., p. 99.

p. 236 Denise Sainte Fare Garnot, «A propos de l'impression d'être immortel», en Marcel Czermak, ibid., pp. 281-45.

p. 237 Fin del mundo, ver Freud, *Psychoanalytic Notes on an Autobiographical Account of a Case of Paranoia (Dementia Paranoides),* op. cit.; y A. Wetzel, «Das Weltuntergangserlebnis in der Schizophrenie», *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie,* 78 (1922), pp. 403-17.

p. 239 Nathalie Charraud, *Infini et inconscient. Essai sur Georg Cantor* (Paris: Anthropos, 1994), p. 197.

p. 241 Isabelle Robert, «L'épure d'une vie», *Carnets de Lille,* 5 (2000), pp. 61-63. Brigitte Lemonnier, «Un enfant maltraité», ibid., pp. 73-77.

p. 244 Cotton, ver Robert Whitaker, *Mad in America,* op. cit., pp. 81-82.

p. 247 Demonio, ver J. Lévy-Valensi y Boudon, «Deux cas de délire de persécution a forme demonomaniaque développes chez des débiles a la suite de pratiques magiques», *L'Encéphale,* 3 (1908), pp. 115-19. p. 249 Separado del mundo de la madre, ver Lacan, «On a Question», op. cit., p. 472. Nótese que Lacan se refiere aquí a cómo el sujeto "asume"

y no "interpreta" el deseo de la madre. Ludwig Binswanger, *Schizophrenie* (Pfullingen: Neske, 1957). Louis Wolfson, Le *Schizo et les Langues,* op. cit., P-75-

p. 249 William Niederland, *The Schreber Case* (New York: Analytic Press, 1984), p. 3i.

p. 250-251 Helene Deutsch, «Some forms of emotional disturbance and their relationship to schizophrenia», *Psychoanalytic Quarterly,* 11 (1942), pp. 301-21; y Nathaniel Ross, «The "as if" concept», *Journal ofthe American Psychoanalytic Association,* 15 (1967), pp. 59-82. Ver también Paul Hoch y Phillip Polatin, «Pseudoneurotic forms of schizophrenia», *Psychiatric Quarterly,* 23 (1949), pp. 248-76; y Paul Federn, «Principles of psychotherapy in latent schizophrenia», American, *Journal of Psychotherapy,* 2 (1947), pp. 129-44. Mezcla de muchas sombras, ver Hilde Bruch y Stanley Palombo, «Conceptual problems in schizophrenia», *Journal of Nervous and Mental Disease,* 132 (1961), pp. 114-17.

p. 253 Amigo que cierra la puerta, ver Marcel Czermak, Passions *de lobjet,* op. cit., p. 99.

p. 254 Límite corporal y Stanley, ver Paula Elkisch, «On infantile precursors of the "influencing machine" (Tausk)», op. cit., pp. 219-35; y «The Struggle for Ego Boundaries», *American Journal of Psychotherapy,* 5 (1956), pp. 578-602.

p. 254 *Tabula rasa,* ver Kurt Eissler, «Notes upon the emotionality of a schizophrenic patient», op. cit., pp. 199-251.

p. 254 Formula funcional, ver Genevieve Morel, *Sexual Ambiguities,* op. cit. [Edición en español: Morel, *G., Ambigüedades sexuales: sexuación y psicosis,* Buenos Aires: Editorial Manantial, 2002] •

p. 256 Esthela Solano-Suárez, «La clinique des noeuds», *La Cause Freudienne,* 51 (2002), pp. 102-106.

p. 259 Harold Searles, *The Nonhuman Environment,* op. cit.

p. 260 Louis Sass, *Madness and Modernity,* op. cit., p. 395. Bruno Bettelheim, *The Empty Fortress,* op. cit [Edición en español: Bettelheim, B., *La fortaleza vacía.- autismo infantilyel nacimiento delyo,* Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, 2001].

p. 261 Colette Soler sobre el orden y Rousseau, *L'inconscient a ciel ouvert de lapsychose,* op. cit. [Edición en español: Soler, C., *El inconsciente (sic) a cielo abierto de la psicosis,* Buenos Aires: JVE Psique, 2004]; y *L'Aventure littéraire, ou lapsychose inspirée: Rousseau, Joyce, Pessoa* (Paris: Editions du Champ Lacanien, 2001). Robert Howard, «James Tilly Matthews in London and Paris 1798: his first peace mission — in his own words», *History of Psychiatry,* 2 (1991), pp. 53-69. Creación, ver Fabienne Hulak (ed.), *Penséepsychotique et création de systemes* (Ramonville: Éres, 2003); y Luis Izcovich, *Les Paranoiaques et lapsychanalyse,* op. cit., pp. 290-333.

p. 263 Guy Trobas, «Le Symbolique alteré», *Ornicar?,* 47 (1988), pp. 80-87.

p. 263 Gérard Pommier, *Le Dénouement d'une analyse,* op. cit., pp. 275-76 [Edición en español: Pommier, G., *El desenlace de un análisis,* Buenos Aires: Ed. Nueva Vision, 1987].

p. 264 Suicidio después de comer, Louis Wolfson, *Le Schizo et les langues,* op. cit.

p. 264 Adelgazar, ver M. L. HaywardyJ. E. Taylor, «A schizophrenic patient describes the action of intensive psychotherapy», op. cit., p. 228.

p. 266 Genevieve Morel, *La Loi de la mere* (Paris: Anthropos, 2008). Ver también Catherine Millot, «Epiphanies», en Jacques Aubert *(éd.), Joyce avec Lacan* (Paris: Navarin, 1987), pp. 87-95.

p. 269 Marguerite Sechehaye, *Symbolic Realization* (New York: International Universities Press, 1951) [Edición en español: Sechehaye, M., la *realización simbólica y Diario de una esquizofrénica,* México D. F.: Editorial Fondo de Cultura Económica, 1988]. Sobre Sechehaye, ver Charles Odier, «Réflexions sur la guérison d'une schizophrene par la "réalisation symbolique"», *L'Évolution Psychiatrique,* 14 (1949), pp. 407-16.

p. 272-275 Manfred Bleuler, *The Schizophrenic Disorders,* op. cit., p. 490. Augustin Ménard, *Voyage au pays des psychoses* (Nimes: Champ Social Editions, 2008), pp. 15-17.

p. 278 Eric Laurent, «Pour la vérité', «L'expérience psychanalytique de*spsychoses', Actes de l'École de la Cause Freudienne* (Paris: 1987), pp. 169-71.

p. 279 Ellen Corin, «The "Other" of Culture in Psychosis», en Joao Biehl et al., *Subjectivity: Ethnographie Investigations* (Berkeley: University of California Press, 2007), pp. 273-314.

p. 281 Weiss y Freud, ver Paul Roazen, *The Historiography of Psychoanalysis* (New Brunswick.- Transaction, 2001), p. 182.

Capítulo 9

p. 285 Lacan, *De la psychose paranoiaque,* op. cit. [Edición en español: Lacan*]., De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad,* México D. F.: Siglo xxi Editores, 2005]. Jean Allouch, *Marguerite oui 'Aimée de Lacan* (Paris: EPEL, 1990). Ver también Marie-Magdeleine Chatel, «Faute de ravage, une folie de la publication», *Littoral,* 37 (1993), pp. 9-44; y los documentos publicados por Jean Allouch y Danielle Arnoux, «Historique du cas de Marguerite: suppléments, corrections, lecture», ibid., pp. 173-91. Ver también Thierry Vincent, «Le probleme du sens dans la psychose: la controverse Lacan-De Clérambault sur la paranoia», *L'Évolution*

Psychiatrique, 56 (1991), pp. 875-85.

p. 286-287 Descubierto recientemente, ver Jacques Chazaud, «Vestiges du passage á Ville-Evrard d'une aliénée devenue illustre», *L'Évolution Psychiatrique,* 55 (1990), pp. 633-35- *Gargonniere,* ver Lacan, *De la psychose paranoiaque,* op. cit., p. 221 [Edición en español: Lacan, J., *De lapsicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad,* México D. F.: Siglo xxi Editores, 2005]. *Poétereau,* ibid., p. 224.

p. 288-290 Del amoral odio, ibid., p. 225. C de la N, ibid., pp. 225-26. Jardin secreto, ibid., p. 227. Lucha silenciosa, ibid., p. 232-

p. 291 Sin curarse, ibid., p. 161.

p. 292 Su misión, ver Lacan, *De la psychose paranoiaque,* op. cit., pp. 166-67 [Edición en español: Lacan, J., *De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad,* México D. F.: Siglo xxi Editores, 2005.

p. 293 Pensar en los niños, ver Bert Kaplan (ed.), *The Inner World of Mental Illness,* op. cit., p. 99. Por qué Duflos, ver Lacan, *De la psychose paranoiaque,* op. cit., p. 162 [Edición en español: Lacan, J., *De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad,* México D. F.: Siglo xxi Editores, 2005]. Relación de Duflos con Benoít, ver Jean Allouch, *Marguerite,* op. cit., pp. 292-306.

p. 294 Personas que apoyan, ver Henri Maurel, *Le Théme deprotection et la pensée morbide* (Paris: Presses Universitaires de France, 1954); y Jules Séglas y P. Bezançon, «De l'antagonisme des idées délirantes chez les aliénés», *Annales Médico-Psychologiques* (1889), pp. 5-33.

p. 295 Maurice Dide, *Les Idéalistespassionnés* (Paris: Alean, 1913).

p. 295 Madre criminal, ver Lacan, *De la psychose paranoiaque,* op. cit., p. 163 [Edición en español: Lacan*], De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad,* México D. F.: Siglo xxi Editores, 2005].

p. 297 Más o menos un año después, ver Lacan, «Motifs du crime paranoíaque: le crime des soeurs Papin», *LeMinotaure,* 3/4 (1933), pp. 26-27.

p. 298-299 Demasiado lejos, «Conférences et entretiens dans des univérsities nordaméricaines» (1975), *en Scilicet,* 6/7 (Paris: Seuil, 1976), p. 10. Pérdida definitiva, Lacan, *De la psychoseparanoiaque,* op. cit., p. 265 [Edición en español: Lacan*], De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad,* México D. F.: Siglo xxi Editores, 2005]. Divorcio, ibid., p. 158.

p. 3oo Historias de muerte, ver Allouch, *Marguerite,* op. cit., pp. 222-26; y Didier Anzieu, *Une peau pour les pensées* (Paris: Clancier-Génaud, 1986) [Edición en español: Anzieu, D., *El pensar: del yo-piel al yo-pensante,* Madrid: Editorial Biblioteca Nueva, 1995], pp. 15-16. Dolor, Lacan, *De la psychose paranoiaque,* op. cit., pp. 222 y 240-41 [Edición en español: Lacan, J.*, De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad,* México D. F.: Siglo xxi Editores, 2005].

p. 301 Fuego en el bosque, ibid., p. 182.

p. 301 Acta judicial, ver Allouch, *Marguerite,* op. cit., p. 169.

p. 302 *J'ai frappé,* ver Allouch, *Marguerite,* op. cit., pp. 356 y 169.

p. 303-304 Fechar, ver ibid., p. 146. Juana de Arco, Lacan, *De la psychose paranoiaque,* op. cit., p. 176 [Edición en español: Lacan, J., *De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad,* México D. F.: Siglo xxi Editores, 2005]. "Amoureuse des mots", ibid., p. 191.

p. 3o6 *L'élue de Dieu,* ver Didier Anzieu, 'Postface', en Allouch, *Marguerite,* op. cit., p. 553.

p. 309 Freud, *From the History of an Infantile Neurosis* (1917-19), *Standard Edition,* vol. 17, pp. 1-124 [Edición en español; Freud, S., *Obras completas (T. VT)-. Historia de una neurosis infantil,* Madrid: Editorial Biblioteca Nueva, 2004]; «The Memoirs of the Wolf-Man», en Muriel Gardiner (ed.), *The Wolf-Man and Sigmund Freud* (London: Hogarth, 1972), pp. 3-132; «My Recollections of Sigmund Freud», en ibid., pp. 135-52; Ruth Mack Brunswick, «A Supplement to Freud's "History of an Infantile Neurosis"», en ibid., pp. 263-307; Muriel Gardiner, «The Wolf-Man in Later Life», en ibid., pp. 311-66. Karin Obholzer, *The Wolf-Man: Conversations with Freud's Patient—Sixty Years Later* (New York: Continuum, 1982) [Edición en español: Obholzer, K., *Conversaciones con elHombre de los Lobos. Un psicoanálisis y las consecuencias,* Buenos Aires: Editorial Nueva Visión, 1996]. Patrick Mahoney, *Cries of the Wolf-Man* (New York: International Universities Press, 1984).

p. 310 Diagnóstico, ver Muriel Gardiner, «The Wolf-Man in Later Life», op. cit., pp. 358-66.

p. 311 Sincero, ver la carta de Freud a Sándor Ferenczi (13 de febrero de 1910) en Eva Brabant et *al., Letters to Ferenczi,* vol. 1, p. i38 [Edición en español: Brabant E. et al., Sigmund Freud; Sándor Ferenczi, Madrid: Editorial Síntesis, 2001].

p. 313 Desmoronarse, Freud, *From the History of an Infantile Neurosis,* op. cit., p. 99 [Edición en español; Freud, S., *Obras completas (T. VI): Historia de una neurosis infantil,* Madrid: Editorial Biblioteca Nueva, 2004]; Demostración despiadada, ibid., p. 22. Mucho interés, Pankejeff, «The Memoirs of the Wolf-Man», op. cit., p. 25.

p. 314-315 Una mujer con la que..., ibid., p. 75. En este momento, ibid., p. 86. Al mismo tiempo, Freud, *From the History ofan Infantile Neurosis,* op. cit., p. 20 [Edición en español; Freud, S., *Obras completas (T. VI): Historia de una neurosis infantil,* Madrid: Editorial Biblioteca Nueva, 2004].

p. 316-317 Pavor, ibid., p. 25. Ano-vagina, ibid., p. 79. Ningúnjuicio, ibid., p. 84

p. 318-319 Calmarse, ibid. p. 85. Cincuenta años, ver Serge Viderman, *La Construction de l'espace analytique* (Paris: Denoel,

1970). Gesticulando, «The Memoirs of the Wolf-Man», op. cit., p. 5.

p. 320-322 Curioso hábito, RuthMackBrunswick, «A Supplementto Freud's "History of aninfantile Neurosis"», op. cit., p. 268. Nothingvisible, ibid.,

p. 321. Curso normal, «The Memoirs of the Wolf-Man», op. cit., p. 115.

p. 322 Con cualquiera, Muriel Gardiner, «The Wolf-Man in Later Life», op. cit., p. 324- Pesadilla, Gardiner (ed.), *L'Homme aux loups par ses psychanalystes et par lui-méme* (Paris: Gallimard, 1981), pp. 375-402 y 38L Sobre la presencia de síntomas obsesivos en la psicosis, ver el análisis de E. Stengel, «A study of some clinical aspects of the relationship between obsessional neurosis and psychotic reaction types», *Journal of Mental Science,* 91 (1945), pp. 166-87.

p. 323-325 Terminaruna carta, ver «The Memoirs of the Wolf-Man», op. cit., p. 78. No reaccionar, Freud, *From the History ofan Infantile Neurosis,* op. cit., p. 23 [Edición en español; Freud, S., *Obras completas (T. VI): Historia de una neurosis infantil,* Madrid: Editorial Biblioteca Nueva, 2004]. Estado de ánimo, «The Memoirs ofthe Wolf-Man», op. cit., p. 46. Contacto, ibid., p. 50.

p. 325-327 Tratando de comprender, Gardiner, «The Wolf-Man in Later Life», op. cit., p. 359. Recurrir, Karin Obholzer, *The Wolf-Man,* op. cit., pp. 28-29 [Edición en español: Obholzer, *K., Conversaciones con el Hombre de los Lobos. Un psicoanálisis y las consecuencias,* Buenos Aires: Editorial Nueva Visión, 1996]. Pedir consejo, ibid., p. 6. Recurrir desesperadamente, ibid., p. 247. Dientes, ibid., p. 80.

p. 327-329 Impecablemente vestido, Gardiner, «The Wolf-Man in Later Life», op. cit., p. 358. Contraindicado, ibid., p. 364. Nada parecido, Karin Obholzer, *The Wolf-Man,* op. cit., p. 51 [Edición en español: Obholzer, K., *Conversaciones con el Hombre de los Lobos. Un psicoanálisis y las consecuencias,* Buenos Aires: Editorial Nueva Visión, 1996]. Territorio recién descubierto, ver Gardiner, «My Recollections of Sigmund Freud», op. cit., p. 140.

p. 329-330 Alexis, ver Brunswick, «A Supplement to Freud's "Historyof an Infantile Neurosis"», op. cit., p. 3o2- Reunir fuerzas, ver Obholzer, *The Wolf-Man,* op. cit., p. 56 [Edición en español: Obholzer, K., *Conversaciones con el Hombre de los Lobos. Un psicoanálisis y las consecuencias,* Buenos Aires: Editorial Nueva Visión, 1996]. Diagnóstico incorrecto, ibid., p. 59. Crítica de Rank, ver Otto Rank, *Technik der Psychoanalyse,* vol. 1 (Vienna: Deuticke, 1926), pp. 142ss- La interpretación de Rank del sueño del lobo se debilita cuando se da cuenta de que resume casi exactamente un caso que describe previamente en su libro, en el que un paciente tiene un sueño en el que aparece un árbol; el sueño estaría basado, sostiene, en las fotografías de Freud y sus discípulos que éste tenía en su oftcina.

Mientras que Rank tenía una fotografía de Freud, Freud, nos dice, tenía una fotografía de Rank, y no es difícil discernir en esta simetría la matriz del propio conflicto de Rank con su maestro,

p. 331-332 Preguntas del profesor Freud, ver Brunswick, «A Supplement to Freud's "Histoiy of an Infantile Neurosis"», op. cit., p. 278. Hijo favorito, ibid., p. 284. En el primer sueño, ibid., p. 291- Por qué miras fijamente, ibid., p. 289. Ver el intercambio entre Brunswick y Harnik en *Internationale Zeitschrift fur Psychoanalyse,* 16 (1930), pp. 123-29 y 17 (1931), pp. 400-402. Es curioso que la película *The White Sister* contenga una escena en la que se destruye una pintura,

p. 334 Encontrarse bien, ibid., p. 296. Sin indicios, ibid., p. 263. Pesadilla terrible, Gardiner, «The Wolf-Man in Later Life», op. cit., p. 327. Aquí hay discrepancias en las versiones: ver ibid., p. 333.

p. 335 Que Pankejeff fuera psicotico, ibid., p. 364.

p. 336 Venir bien, ver Gardiner (ed.), *L'Homme aux loups par ses psychanalystes et par lui-méme,* op. cit., p. 38i.

p. 337-338 Punto fijo, Obholzer, *The Wolf-Man,* op. cit., p. 243 [Edición en español: Obholzer, K., *Conversaciones con el Hombre de los Lobos. Un psicoanálisis y las consecuencias,* Buenos Aires: Editorial Nueva Visión, 1996]. Una ladrona, ibid., p. 101. Padre e hijo, ibid., p. 162.

p. 338-339 Medida de recuperación, ver «The Memoirs ofthe Wolf-Man», op. cit., p. 129. Lo antes posible, Gardiner, «The Wolf-Man in Later Life», op. cit., p. 348. Mediar entre ellos, Obholzer, The Wolf-Man, op. cit., p. 121 [Edición en español: Obholzer, K., *Conversaciones con el Hombre de los Lobos. Un psicoanálisis y las consecuencias,* Buenos Aires: Editorial Nueva Visión, 1996]. Tirar abajo la pared, ver Brunswick, «A Supplement to Freud's "History of an Infantile Neurosis"», op. cit., p. 289.

p. 340 Ultimas palabras, ver *L'Homme aux loups par ses psychanalystes et par luiméme,* op. cit., p. 385.

Capítulo 11

En este capítulo he consultado las siguientes fuentes: la Investigación Shipman de Dame Janet Smith (Shipman Inquiry), en www.the-ship-man-inquiry.org.uk; «Harold Shipman's Clinical Practice 1974-1998', Chief Medical Officer's Report (Department of Health, 2001); Mikaela Sitford, *Addicted to Murder: The True Story ofDr Harold Shipman* (London: Virgin, 2000); Wensley Clarkson, *Evil Beyond Belief* (London: John Blake, 3005); Carole Peters, *Harold Shipman: Mind Set on Murder* (London: Carlton, 2005); y Brian Whittle y Jean Ritchie, *Harold Shipman: Prescriptionfor Murder,* 2nd edn (London:

Time Warner, 2005).

p. 342 Badcock, ver Whittle y Ritchie, *Harold Shipman: Prescription for Murder,* op. cit.; y «Shipman hooked on death», Sun (14 de enero de 2004) y *The New York Times* (2 de febrero de 2000).

p. 343 Podía ser psicotico, ver Shipman Inquiry, p. 188.

p. 343 No psicotico, ver Jeremy Laurance, «Shipman "may be sent to Broadmoor"», *Independent* (2 de febrero de 2000), y Whittle y Ritchie, *Harold Shipman: Prescription for Murder,* op. cit., p. 399.

p. 345 Era un santo, ver Clarkson, *Evil Beyond Belief,* op. cit., p. 50. p. 277 Catastrophic, ibid., p. 73.

p. 355 Dictados por el miedo, ver Shipman Inquiry, p. 191.

p. 356 Envenenarse, ver Whittle y Ritchie, *Harold Shipman: Prescriptionfor Murder,* op. cit., p. 270.

p. 357 El mejor médico de Hyde, ibid., p. 185. No funcionar como es debido, ver Shipman Inquiry, p. 184.

p. 357 El más caro, ver Whittle y Ritchie, *Harold Shipman: Prescription for Murder,* op. cit., p. 312-

p. 359 Demasiados pacientes, Clarkson, *Evil Beyond Belief, op. cit., p. 125. p.* 292 Carta del jucio (13-01-1999), extraída de www.criminalprofiling.com.

p. 365 Carta del compañero de celda (26-02-1999) a Davidy Mavis Stott.

p. 366 Mi normalidad, ver Whittle y Ritchie, *Harold Shipman: Prescriptionfor Murder,* op. cit., p. 341.

Capítulo 12

p. 367-368 Sobre comunidades, ver John Gale et al., *Therapeutic Communities for Psychosis, Philosophy, History and Clinical Practice* (London: Routledge, 2008). Piera Aulagnier, *The Violence of Interpretation,* op. cit., p. 168 [Edición en español: Auglanier, P., *La violencia de la interpretación: del pictograma al enunciado,* Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1988]. Sobre la variedad de terapias, ver Yrjo Alanen et al. (eds.), *Psychotherapeutic Approaches to Schizophrenic Psychoses,* op. cit. [Edición en español: Alanen, Y., *Abordajes psicoterapéuticos de la psicosis esquizofrénica: historia, desarrollo y perspectivas,* Madrid: Fundación para la Investigacióny el Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis, 2008].

p. 369 Apuesta existencial, ver Marguerite Sechehaye, «Introduction», en Arthur Burton (éd.), *Psychotherapy ofthe Psychoses,* op. cit., p. 7. Frieda Fromm-Reichmann, «Notes on the development of treatment of schizophrenics by psychoanalytic psychotherapy», *Psychiatry,* 11 (1948), pp. 263-73.

p. 371 Arthur Burton (ed.), *Psychotherapy ofthe Psychoses,* op. cit. Helm Stierlin, «The adaptation to the "stronger" person's reality: some aspects of the symbiotic relationship of the schizophrenic», *Psychiatry,* 22 (1959), pp. 143-53. Lewis Hill, *Psychotherapeutic Intervention in Schizophrenia,* op. cit.; y Gregory Zilboorg, «Affective reintegration in the schizophrenias», *Archives of Neurology and Psychiatry,* 24 (1930), pp. 335-47. Sobre los ideales, ver Lewis Hill, *Psychotherapeutic Intervention in Schizophrenia,* op. cit., p. 57.

p. 371 Idea de futuro, ver Gérard Pommier, *Le Dénouement dune analyse* (1987) (Paris: Flammarion, 1996) [Edición en español: Pommier, G, *El desenlace de un análisis,* Buenos Aires.- Ed. Nueva Vision, 1987]. Colette Soler, *L'Inconscient a ciel ouvert de la psychose,* op. cit. [Edición en español: Soler, C., *El inconsciente (sic) a cielo abierto de la psicosis,* Buenos Aires: JVE Psique, 2004].

p. 372 Kurt Eissler, «Limitations to the psychotherapy of schizophrenia», op. cit., p. 390.

p. 372 Lewis Hill, *Psychotherapeuticlntervention in Schizophrenia,* op. cit., p. 4.

p. 372 Falsificación, ver Jacob Arlow, «Discussion of Dr. Fromm-Reichmann's Paper», en Eugene Brody y Frederick Redlich (eds.), *Psychotherapy with Schizophrenics,* op. cit., pp. 112-20. p. 375 Alfredo Zenoni, «The Psychoanalytic Clinic in Institution: Psychosis», disponible enwww.ch-freudien-be.org/Papers/index.html.

p. 375 Ellen Corin y Gilles Lauzon, «Positive withdrawal and the quest for meaning», *Psychiatry,* 55 (1992), pp- 266-78.

p. 376 Lacan, *De la psychose paranoiaque,* op. cit., p. 288 [Edición en español: Lacan, J., *De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad,* México D. F.: Sigloxxi Editores, 2005].

p. 380 Ver Hariy Stack Sullivan, «The modified psychoanalytic treatment of schizophrenia», *American Journal of Psychiatry,* 11 (1981), pp. 519-36; *Schizophrenia as a Human Process* (New York.- Norton, 1962); y François Sauvagnat, «Secrétaire de l'aliénéau jour d'hui»,Ornicar? digital,76(i999).

p. 382 Las máquinas de Joey, Bruno Bettelheim, *The Empty Fortress,* op. cit., p. 260 [Edición en español: Bettelheim, B., *Lafortaleza vacía: autismo infantil y el nacimiento del yo,* Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, 2001].

p. 383 Interpretar el contenido, ver Frieda Fromm-Reichmann, «Some aspects of psychoanalytic psychotherapy with schizophrenics», en Eugene Brody y Frederick Redlich (eds.), *Psychotherapy with Schizophrenics,* op. cit., pp. 89-111.

p. 384 Alaska, incluido enAlphonse De Waehlensy Wilfried Ver Eecke, *Phenomenology and Lacan on Schizophrenia, after the Decade of the Brain,* op. cit., p. 83.

p. 384 Historicidad, ver Werner Mendel, «A Phenomenological Theory of Schizophrenia», op. cit., pp. 106-155 y 149.

p. 386 Harold Searles, *TheNonhumanEnvironment,* op. cit., pp. 302-303.

p. 388 Weigert «The psychotherapy of the affective psychoses», pp. 349-76, en Arthur Burton (ed.), *Psychotherapy ofthe Psychoses,* op. cit., p. 374.

p. 388 Odiar, ver M. L. Hayward y J. E. Taylor, «A schizophrenic patient describes the action of intensive psychotherapy», op. cit., p. 218.

p. 389 Yrjó Alanen, Schizophrenia, op. cit., pp. 6-7 [Edición en español: Alanen, Y., *La esquizofrenia. Sus orígenes y su tratamiento adaptado a las necesidades delpaciente,* Madrid: Fundación para la Investigación y Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis, 20o3].

p. 390 Yoytú, Renée, *Autobiography ofa Schizophrenic Girl,* op. cit., p. 52 [Edición en español: Sechehaye, M., *La realización simbólica y Diario de una esquizofrénica,* México D. F.: Editorial Fondo de Cultura Económica, 1998].

p. 390 Haga lo que haga el terapeuta, ver Herman Nunberg, «The course of the libidinal conflict in a case of schizophrenia» (1921), en *Practice and Theory of Psychoanalysis* (New York: International Universities Press, 1948), pp. 24-59.

p. 392 La lista de Knight, ver Eugene Brody y Frederick Redlich (eds.), *Psychotherapy with Schizophrenics,* op. cit., pp. 15-16.

p. 393-394 Helm Stierlin, «The adaptation to the "stronger" person's reality», op. cit., pp. 143-52y 149. Escapar, ver Silvano *Arieti, Interpretation of Schizophrenia,* op. cit., p. 560 [Edición en español: Arieti, *S., Interpretación de la esquizofrenia,* Barcelona: Editorial Labor, 1965].

p. 394-395 *Gertrud Schwiiig, A Way to the Soul of the Mentallyni* (1940) (New York: International Universities Press, 1954). Fina línea, ver Arthur Burton, «Paradox and Choice on Schizophrenia», en Burton (ed.), *Case Studies in Counseling and Psychotherapy* (New Jersey: Prentice-Hall, 1959), pp. 257-81. Gérard Pommier, «Du langage d'organe á l'amour du Nom: le point noeud du transfert dans les psychoses», *La Clinique Lacanienne,* 15 (2009), pp. 115-34.

p. 396-397 Erotomania mortificante, ver Lacan, «Présentation des *Mémoires d'un névropathe»* (1966) enquires *Ecrits* (Paris: Seuil, 2001), pp. 213-17. Yjró Alanen, *Schizophrenia,* op. cit., p. 212 [Edición en español: Alanen, Y., *La esquizofrenia. Sus orígenes y su tratamiento adaptado a las necesidades del paciente,* Madrid: Fundación para la Investigación y Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis, 20o3], Testigo, ver Colette Soler, «Quelle place pour l'analyste?», *Actes*

de l'École de la Cause Freudienne, i3 (1987), pp. 29-31; y Joseph Attié, «Le psychanalyste á l'école de la psychose», Pas *Tant,* 13 (1986), pp. 5-13.

p. 399 Arthur Burton, «The Quest for the Golden Mean: A Study in Schizophrenia», *en Psychotherapy ofthe Psychoses,* op. cit., pp. 172-307, p. 185.

p. 399 Matrimonio, ver Arthur Burton, «The Alchemy of Schizophrenia», *en Schizophrenia as a Life Style,* op. cit., pp. 36-105 y 89.

p. 400 Françoise Davoine, Confer seminar, Tavistock Centre (5 de junio de 3010). Inicios y finales, ver Arthur Burton, «The Alchemy of Schizophrenia», op. cit., p. 81.

Epílogo

p. 405 Reseña reciente, ver John Read et al., «Prejudice and schizophrenia: a review of the " mental illness is like any other" approach», *Acta Psychiatrica Scandinavica,* 114 (3006), pp. 335-54; M. C. AngermeyeryH. Matschinger, «Causal beliefs and attitudes to people with schizophrenia: trend análisis based on data from two population surveys in Germany», *British Journal ofPsychiatry,* 186 (3005), pp. 331-34. Estudio de la OMS, Liz Sayce y Claire Curran, «Tackling Social Exclusion across Europe», en Martin Knapp et al., *Mental Health Policy and Practice across Europe,* op. cit., pp. 34-59. p. 406 Primer pais eugenésico, ver Robert Whitaker, *Mad in America,* op. cit., p. 60; Ian Robert Dowbiggin, *KeepingAmerica Sane* (Ithaca: Cornell University Press, 1997); Stefan Kuhl, *The Nazi Connection.- Eugenics, American Racism and German National Socialism* (Oxford and New York: Oxford University Press, 1994); y Allan Chase, *The Legacy of Malthus* (New York: Knopf, 1975).

p. 408 Nosotros y ellos, ver Helm Stierlin, «Contrasting attitudes towards the psychoses in Europe and the United States», *Psychiatry,* 31 (1958), pp. 141-47-

p. 408 Mary Loudon, *Relative Stranger* (London, Canongate, 3006), p. 334. Pérdida de tiempo, Diane Lefevre, Confer seminar, Tavistock Centre (5 June 3010). Más maduras, ver Peter Fonagy y Anthony Bateman, *Psychotherapyfor Borderline Personality Disorder* (Oxford: Oxford University Press, 3004), pp. 133, i45y 330.

p. 409-410 Jacques Hochmann, *Histoire de la Psychiatrie* (Paris: Presses Universitaires de France, 3004). Anna Freud Centre, tal y como aparece en *The Times* (13 de mayo de 3007). Peter Fonagy, «Psychotherapy meets neuroscience», *Psychiatric Bulletin,* 38 (3004), pp. 357-59.

p. 411-413 Limitarse a los fármacos, ver Don Jackson, *Myths of*

Madness, op. cit., p. 74. Prophecy, ver Nathaniel Lehrman, «Rethinking Schizophrenia», *Ethical Human Psychology and Psychiatry,* 8 (3006), pp. 69-76. Contenedor, ver Yrjo Alanen, *Schizophrenia,* op. cit., p. 188 [Edición en español: Alanen, Y., *La esquizofrenia. Sus orígenes y su tratamiento adaptado a las necesidades del paciente,* Madrid: Fundación para la Investigación y Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis, 3003].

---

[1] En América Latina se tradujo como *La novicia rebelde.* [N. del E.]

[2] *Life* es una conocida revista estadounidense fundada en 1883. La palabra inglesa «*Life*» significa «vida»; de ahí la confusión de la paciente de Arieti. [N.de la T.]

[3] En América Latina se tradujo como *el hombre nuclear.* [N. del E.]

[4] En América Latina se tradujo como *Viaje insólito.* [N. del E.]

[5] En inglés, *Grammar School:* En Gran Bretaña, escuela secundaria pública a la que sólo pueden acceder los niños que han aprobado un examen selectivo. [N. de la T.]